Québec

Institut de
la statistique
du Québec

COLLECTION
la santé et le bien-être

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998

2e édition

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Deuxième édition
Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 2001
ISBN 2-551-20458-5

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Janvier 2001

102-02406/

Avant-propos

Bien qu'on reconnaisse, depuis plusieurs décennies déjà, que la santé et le bien-être d'un individu dépendent de multiples facteurs, relevant à la fois de sa propre génétique, de ses habitudes et conditions de vie, de son environnement physique et social, de même que du système de soins et de services, et qu'on ait réalisé des gains substantiels dans le contrôle de divers grands problèmes de santé, des progrès restent à faire, notamment pour diminuer les écarts qui continuent d'exister entre différents sous-groupes de la population. Le succès des approches et des stratégies d'intervention dépend des connaissances acquises sur ces facteurs et sur leurs interrelations.

L'analyse de l'état de santé et de bien-être d'une population permet d'identifier des cibles d'intervention, qu'il s'agisse de problèmes ou de populations. Par analogie avec ce que l'entreprise privée appelle « cibler le marché » pour mieux vendre son produit, l'enquête permet aux instances des services sociaux et de santé de cibler le marché de leurs interventions, c'est-à-dire de mieux connaître ceux qui sont visés par les interventions en santé. C'est d'autant plus nécessaire que, pour certains groupes cibles, des gains additionnels sont maintenant difficiles à réaliser. Pensons ici aux fumeurs adultes ayant résisté aux campagnes d'information, aux lois contraignantes et autres moyens pour les amener à cesser de fumer : en permettant une connaissance plus fine des caractéristiques de ces derniers, l'enquête fournit des pistes d'intervention adaptées à ce groupe particulier.

Les grands fichiers de l'État (assurance maladie, hospitalisations, etc.) constituent bien sûr d'autres sources d'information. L'enquête sur la santé et le bien-être est toutefois le moyen par excellence, et même, la source exclusive d'information pour documenter divers aspects essentiels mais méconnus des sources traditionnelles. Pensons ici à des sujets aussi personnels que la consommation d'alcool ou de drogues, la détresse psychologique ou encore le fait d'avoir vécu des événements critiques lorsqu'on était enfant ou adolescent. Pour d'autres sujets, les données d'enquête viennent enrichir l'information existante. Par exemple, l'hospitalisation d'une personne est enregistrée dans le fichier *MED-ÉCHO*, mais non ses habitudes ou conditions de vie qu'on pourrait associer aux motifs de son hospitalisation.

Au Québec, le Ministère et les Régies régionales de la santé et des services sociaux de même que les Directions régionales de santé publique ont besoin de telles informations pour planifier, décider et agir pour le mieux-être de tous. Ces instances ont donc développé un partenariat avec l'Institut de la statistique du Québec pour la réalisation de telles enquêtes. Celles-ci constituent une façon relativement économique de colliger une grande quantité d'information. C'est d'ailleurs pourquoi de nombreux pays y ont recours.

Les instances de la santé et des services sociaux du Québec se sont donné, en 1992, une *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) et des *Priorités nationales de santé publique* (PNSP), en 1997. La PSBE propose l'atteinte de 19 objectifs de santé pour l'an 2002. Elle cible tant les facteurs explicatifs des problèmes, que les groupes les plus touchés et les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Ces cibles sont basées sur la mesure de problèmes documentés en bonne partie à l'aide des données d'enquête, en l'occurrence l'enquête *Santé Québec 1987*, qui a marqué le coup d'envoi d'une série d'enquêtes dont l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* et l'*Enquête sociale et de santé 1998*, objet du présent rapport. Quant aux sept priorités de santé publique, elles s'appuient également en partie sur des données d'enquête.

Outre la connaissance de l'état de santé et de bien-être de la population à laquelle elle contribue, l'enquête de 1998, troisième enquête générale sur la santé des Québécois, donne la possibilité de comparer les indicateurs à travers les années et facilite le suivi de la PSBE et des PNSP.

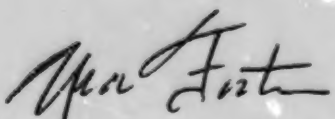
L'enquête ne répond pas à toutes les questions et comme n'importe quelle source de données, elle a ses limites. Par exemple, une enquête de santé comme celle-ci n'empêche pas les urgences de ne pas suffire à la tâche. Mais elle fournit un éclairage sur la santé, complémentaire aux données portant sur l'organisation des services, et aide ainsi à la prise de décision et aux choix de priorités et d'orientations, pour que des actions préventives plus efficaces soient mises en place.

En utilisant des questions validées scientifiquement, en soumettant les méthodes de collecte et le traitement des données à des standards de qualité élevés et à des contrôles réguliers, en traitant les données avec les meilleurs outils statistiques et en faisant appel aux experts des différents thèmes à l'étude pour les interpréter, l'ISQ et ses partenaires présentent une *Enquête sociale et de santé 1998* de grande qualité, qui sera utile aux décideurs, aux planificateurs et aux intervenants, et qui contribuera ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécois.

Tout le potentiel d'analyse des données n'a pu être exploité dans ce rapport. C'est pourquoi nous avons inclus une section intitulée « Éléments de réflexion pour la planification » et une autre intitulée « Pistes de recherche », dans chaque chapitre. L'ISQ encourage d'ailleurs les recherches qui découlent de ses enquêtes. En effet, grâce à un programme du Fonds de la recherche en santé du Québec, des subventions de recherches sont offertes chaque année à la communauté scientifique pour des travaux faits à partir des données d'enquêtes de santé de l'ISQ. De plus, le soutien aux chercheurs est aussi assuré par un programme conjoint avec le Conseil québécois de la recherche sociale et par le Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ.

En terminant, je tiens à remercier les 30 000 personnes qui, dans chaque région du Québec, ont accepté de donner de leur temps pour répondre aux questions de l'enquête. Qu'elles soient assurées que notre engagement à respecter le caractère confidentiel des données obtenues a été et sera respecté. Merci aussi au très grand nombre de collaborateurs de tous les milieux, grâce auxquels l'Institut de la statistique du Québec peut mener de telles enquêtes.

Le directeur général,



Yvon Fortin

Cette publication a été réalisée sous la direction de :

Carole Daveluy, Direction Santé Québec, ISQ
Lucille Pica, Direction Santé Québec, ISQ
Nathalie Audet, Direction Santé Québec, ISQ
Robert Courtemanche, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
France Lapointe, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ

Assistés des membres du comité de révision :

Carmen Bellerose, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie
Lise Cardinal, Direction de la santé publique, RRSSS de Québec
Lucie Chénard, Direction de la santé publique, RRSSS du Bas-Saint-Laurent, et Direction générale de la santé publique, MSSS
Aline Émond, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Estrie
Madeleine Levasseur, Institut de santé publique du Québec

Avec la collaboration de :

Jasline Flores, Direction Santé Québec, ISQ
Éric Fortin, Direction Santé Québec, ISQ
Luc Côté, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Jimmy Baulne, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ

Avec l'assistance technique de :

Maryse Lemieux, Direction Santé Québec, ISQ, au traitement des données
Gérald Benoit, Direction des technologies et des activités de collecte, ISQ, à la validation des données
Hélène Arsenault, Nathalie Rioux et France Lozeau, Direction Santé Québec, ISQ, à la mise en page
Nicole Descroisselles, Direction des normes et de l'information, ISQ, et Linda Lamontagne, pigiste, à la révision linguistique

Enquête coordonnée par :

Carole Daveluy

Direction de Santé Québec :

Daniel Tremblay

L'*Enquête sociale et de santé 1998* est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux État-Unis)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le rapport :

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

Citation suggérée pour un chapitre :

CHEVALIER, S., et Y. SAUVAGEAU (2000). « Caractéristiques de la population » dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans le présent rapport sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 99 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Tous les résultats apparaissant dans ce rapport ont été pondérés à moins d'avis contraire expressément mentionné dans le texte (voir chapitre 1).

Signes conventionnels :

..	Donnée non disponible
...	N'ayant pas lieu de figurer
–	Néant ou zéro
-	Donnée infime
Pe '000	Population estimée en milliers

Remerciements

Tout projet de l'envergure, de la complexité et de la durée de l'*Enquête sociale et de santé 1998* requiert les compétences d'innombrables personnes. À tour de rôle, à chacune des étapes de l'enquête, depuis les premières séances de travail, en mai 1995, jusqu'à la version finale des chapitres, en octobre 2000, des collaborateurs se sont associés au projet. Nous les remercions chaleureusement, en espérant n'oublier personne.

En accordant leur appui financier à l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) reconnaissaient, pour une troisième fois, la contribution essentielle des enquêtes générales à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise. Qu'ils soient remerciés aussi pour la collaboration exceptionnelle des nombreux chercheurs et professionnels du Ministère, des Régies et de leurs directions de santé publique, à l'ensemble du processus, comme membres des comités de travail ou des groupes d'analyse.

Merci aux membres du comité d'administration de Santé Québec qui ont apporté leur soutien à chacune des étapes de l'enquête et à ceux du comité d'éthique, responsable du respect des procédures d'enquête à l'égard des répondants.

Deux comités ont encadré directement la mise en œuvre de l'enquête : le comité d'orientation ayant pour objet de définir le contenu de l'enquête et de s'assurer de la pertinence des thèmes et des questions et le comité scientifique, chargé d'examiner les nombreux aspects méthodologiques. Un grand merci à ces collaborateurs provenant de différents horizons; l'expertise et la rigueur manifestées dès les premières rencontres de travail ont donné le ton à l'ensemble du projet.

Membres externes du comité d'orientation[1] :

Carmen Bellerose, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie;
Lucie Chénard, Direction de la santé publique, RRSSS du Bas-Saint-Laurent;
May Clarkson, Direction de la recherche et de l'évaluation,MSSS;
Desmond Dufour, Direction de la prévention et de l'éducation sanitaire, MSSS;
Aline Émond, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Estrie;
Marie Giroux, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation;
Louise Lemire, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière;
Micheline Mayer, Les Centres jeunesse de Montréal.

Membres externes du comité scientifique[2] :

Serge Chevalier, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre;
Clément Dassa, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal;
Claire Durand, Département de sociologie, Université de Montréal;
Madeleine Levasseur, Direction de la santé publique, MSSS;
Robert Pampalon, Direction de la planification, MSSS;
Yvonne Robitaille, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre;
André Tremblay, Département de sociologie, Université d'Ottawa.

Un merci chaleureux aux membres des groupes d'analyse et auteurs, collaborateurs déterminés et patients durant ce long processus itératif qu'ont nécessité le développement des instruments, l'analyse

[1] On trouvera, comme affiliation, le nom de l'établissement ou de l'organisme auquel ces personnes étaient rattachées lors de leur collaboration aux travaux de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

[2] Idem.

des données et la rédaction des résultats, et dont les noms apparaissent au début de chacun des chapitres. Merci aussi aux lecteurs dont la liste est présentée à la fin du rapport.

Nos sincères remerciements aux coordonnatrices régionales et aux intervieweurs du projet « Santé Québec » mis sur pied par la maison de sondage, le Groupe Léger & Léger inc., dont le regretté Raymond Bisson, maître intervieweur des ménages inaccessibles. Merci à l'équipe de gestion sous la direction de Denis Fagnan : Gilles Filion, Martine Roy, Jean-Sébastien Simard, sans oublier Monique Laguë, Jean-Pierre Latour, Denis Ouellette-Roussel, l'équipe des codeurs, et, bien sûr, le président-directeur général, Jean-Marc Léger. Merci également à Info-01, firme à qui la responsabilité de l'informatisation du questionnaire principal a été confiée : le directeur, Raymond Cyr et son équipe, principalement, Chantal Cloutier et Vincent Abry.

Soulignons l'engagement, le travail soutenu et la rigueur des collègues et statisticiens de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES) de l'ISQ, Robert Courtemanche et France Lapointe, anges gardiens de la portée et des limites de l'enquête. Merci à leur directrice, Louise Bourque, ainsi qu'à Luc Côté et Jimmy Baulne qui les ont si bien secondés.

Publier un document d'une telle ampleur en un tout cohérent, fidèle aux données recueillies et conforme aux exigences méthodologiques et éditoriales d'un rapport d'enquête a exigé non seulement du savoir-faire, mais aussi de la patience et de l'attention auxquelles se sont prêtées généreusement plusieurs personnes. Pour cette étape ultime de l'enquête, notre gratitude va aux membres externes du comité de révision :

Carmen Bellerose, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie;
Lise Cardinal, Direction de la santé publique, RRSSS de Québec;
Lucie Chénard, Direction de la santé publique, RRSSS du Bas-Saint-Laurent et Direction générale de la santé publique, MSSS;
Aline Émond, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Estrie;
Madeleine Levasseur, Institut de santé publique du Québec.

Finalement, un projet d'une telle complexité n'aurait pas vu le jour, et surtout, n'aurait pas été un succès sans la compétence, l'expérience, l'enthousiasme et la détermination de tous ceux qui l'ont mis sur pied, et, pour ainsi dire, porté sur leurs épaules. À ce titre, mentionnons l'importante contribution tout au long du projet de Daniel Tremblay, directeur de la Direction Santé Québec, et celle de Lucille Pica, assistante à la coordination, et de Nathalie Audet, responsable du traitement des données, toutes deux ayant été des collaboratrices essentielles auxquelles il nous faut attribuer une grande partie de la qualité de l'enquête. Merci infiniment à Jasline Flores et Éric Fortin, pour leur précieuse collaboration à la révision finale des chapitres. Plusieurs autres membres de l'ISQ doivent être remerciés pour leur apport soutenu à la réalisation de l'enquête : France Lacoursière pour les aspects administratifs; France Lozeau et Thérèse Cloutier pour leur travail d'édition des instruments de collecte et du manuel de formation; Gérald Benoit et Maryse Lemieux pour le soutien au traitement des données; Lise Ménard-Godin pour la recherche documentaire et ses conseils sur les questionnaires; Johanne Théroux pour la qualité de son travail lors de la formation des coordonnatrices régionales, et, plus récemment, Hélène Arseneault assistée de Nathalie Rioux et France Lozeau, pour l'excellent travail d'édition du présent rapport. Merci également au personnel de la Direction des normes et de l'information.

Carole Daveluy

Carole Daveluy
Coordonnateur de projets
Direction Santé Québec - ISQ

Table des matières

Avant-propos

Remerciements

Lexique

Introduction générale

Chapitre 1 Méthodes

Introduction 57

1.1 Procédures de collecte 57
- 1.1.1 Instruments de collecte des données 57
- 1.1.2 Prétest 57
- 1.1.3 Plan de sondage 58
- 1.1.4 Collecte des données 59
- 1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse 61

1.2 Traitement des données 63
- 1.2.1 Validation 67
- 1.2.2 Pondération 67
- 1.2.3 Analyse 67

1.3 Présentation des résultats 68

1.4 Portée et limites de l'enquête 70

Bibliographie 71

Chapitre 2 Caractéristiques de la population

Introduction 75

2.1 Caractéristiques socioculturelles 77
- 2.1.1 Structure par âge et sexe 77
- 2.1.2 État matrimonial de fait 77
- 2.1.3 Appartenance ethnoculturelle 79

2.2 Caractéristiques socioéconomiques 79
- 2.2.1 Scolarité relative 81
- 2.2.2 Niveau de revenu 81
- 2.2.3 Statut d'activité 82
- 2.2.4 Catégorie professionnelle 83
- 2.2.5 Perception de sa situation financière 85
- 2.2.6 Perception de la durée de la pauvreté 86
- 2.2.7 Niveau de revenu, scolarité relative et variables économiques perceptuelles 87

Conclusion 89

Bibliographie 89

Tableaux complémentaires 91

93

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Habitudes de vie et comportements préventifs

Chapitre 3 Usage du tabac

Introduction 99

3.1 Aspects méthodologiques 100
3.1.1 Indicateurs 100
3.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 101
3.1.3 Portée et limites des données 101

3.2 Résultats 101
3.2.1 Usage de la cigarette 101
3.2.2 Usage du cigare, de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser 106
3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) 106

Conclusion 108
Synthèse et pistes de recherche 108
Éléments de réflexion pour la planification 109

Bibliographie 111

Tableaux complémentaires 113

Chapitre 4 Consommation d'alcool

Introduction 117

4.1 Aspects méthodologiques 118
4.1.1 Indicateurs 118
4.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 118
4.1.3 Portée et limites des données 118

4.2 Résultats 119
4.2.1 Types de buveurs 119
4.2.2 Consommation hebdomadaire 122
4.2.3 Consommation élevée d'alcool 123
4.2.4 Consommation chez les jeunes 125

Conclusion 127
Synthèse et pistes de recherche 127
Éléments de réflexion pour la planification 128

Bibliographie 129

Tableaux complémentaires 131

Chapitre 5 Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Introduction 135

5.1 Aspects méthodologiques 136
5.1.1 Indicateurs 136
5.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 136
5.1.3 Portée et limites des données 136

5.2 Résultats 137
5.2.1 Type de consommateurs 137
5.2.2 Type de drogues consommées 138
5.2.3 Usage de substances psychoactives – drogues et alcool 139
5.2.4 Usage de substances psychoactives – drogues, alcool et tabac 140

Conclusion 141
Synthèse et pistes de recherche 141
Éléments de réflexion pour la planification 142

Bibliographie 143

Tableaux complémentaires 145

Chapitre 6 Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Introduction 149

6.1 Aspects méthodologiques 150
6.1.1 Indicateurs 150
6.1.2 Comparabilité avec l'Enquête québécoise sur la nutrition 1990 152
6.1.3 Portée et limites des données 152

6.2 Résultats 153
6.2.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires 153
6.2.2 Évaluation de certaines pratiques alimentaires 155
6.2.3 Insécurité alimentaire des ménages 159

Conclusion 161
Synthèse et pistes de recherche 161
Éléments de réflexion pour la planification 163

Bibliographie 165

Tableaux complémentaires 167

Chapitre 7 Activité physique

Introduction 171

7.1 Aspects méthodologiques 172
7.1.1 Indicateurs 172
7.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 173
7.1.3 Portée et limites des données 173

7.2 Résultats 174
7.2.1 Pratique d'activité physique de loisir 174
7.2.2. Intention de pratique 177
7.2.3 Popularité des activités 178
7.2.4 Activité physique de travail 179

Conclusion 181
Synthèse et pistes de recherche 181
Éléments de réflexion pour la planification 182

Bibliographie 183

Chapitre 8 Poids corporel

Introduction 185

8.1 Aspects méthodologiques 186
8.1.1 Indicateurs 186
8.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 187
8.1.3 Portée et limites des données 188

8.2 Résultats 188
8.2.1 Indice de masse corporelle 188
8.2.2 Désir de changer de poids 191
8.2.3 Degré de changement de poids désiré et raisons invoquées pour maigrir – population de 15 ans et plus 193
8.2.4 Variations selon la perception de l'état de santé – population de 20 à 64 ans 194
8.2.5 Variations selon certaines habitudes de vie et la présence de problèmes de santé de longue durée – population de 15 ans et plus 194

Conclusion 196
Synthèse et pistes de recherche 196
Éléments de réflexion pour la planification 198

Bibliographie 199

Chapitre 9 Comportements sexuels et utilisation du condom

Introduction 201

9.1 Aspects méthodologiques 203
9.1.1 Indicateurs 204
9.1.2 Portée et limites des données 204
9.1.3 Population de référence 205

9.2 Résultats 205
9.2.1 Âge à la première relation sexuelle avec pénétration 206
9.2.2 Population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (population de référence) 206
9.2.3 Nombre de partenaires au cours d'une période de 12 mois 206
9.2.4 Types de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) 208
9.2.5 Cas particulier des personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans 208
9.2.6 Utilisation du condom 209
9.2.7 Comportement sexuel à risque parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire 211
9.2.8 Personnes ayant été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois 212

Conclusion 212
Synthèse et pistes de recherche 212
Éléments de réflexion pour la planification 214

Bibliographie 217

Chapitre 10 Orientation sexuelle et santé

Introduction 219

10.1 Aspects méthodologiques 221
10.1.1 Indicateurs 221
10.1.2 Portée et limites des données 222

10.2 Résultats 222
10.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques 222
10.2.2 Variations selon certains comportements individuels et autres déterminants de la santé 224
10.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé et de bien-être 227

Conclusion 228
Synthèse et pistes de recherche 228
Éléments de réflexion pour la planification 229

Bibliographie 230

Chapitre 11 Divers comportements de santé propres aux femmes

Introduction 231

11.1 Aspects méthodologiques 236
11.1.1 Indicateurs 236
11.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 236
11.1.3 Portée et limites des données 237

11.2 Résultats 237
11.2.1 Auto-examen des seins (AES) 237
11.2.2 Examen clinique des seins (ECS) 238
11.2.3 Mammographie 239
11.2.4 Test de PAP 240
11.2.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale 241
11.2.6 Liens entre la fréquence des différents types de dépistage 244

Conclusion 245
Synthèse et pistes de recherche 245
Éléments de réflexion pour la planification 247

Bibliographie 249

Tableaux complémentaires 251

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

État de santé et de bien-être

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

Introduction 259

12.1 Aspects méthodologiques 260

12.2 Résultats 260
12.2.1 Variations selon le sexe et l'âge 260
12.2.2 Évolution de 1987 à 1998 261
12.2.3 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques 262
12.2.4 Variations selon certains comportements individuels et autres déterminants de la santé 263
12.2.5 Variations selon certains indicateurs de santé 264
12.2.6 Variations selon le recours aux services de santé 265

Conclusion 266
Synthèse et pistes de recherche 266
Éléments de réflexion pour la planification 267

Bibliographie 269

Tableau complémentaire 271

Chapitre 13 Problèmes de santé

Introduction 273

13.1 Aspects méthodologiques 274
13.1.1 Indicateurs 274
13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987 275
13.1.3 Portée et limites des données 276

13.2 Résultats 276
13.2.1 Nombre et durée des problèmes de santé déclarés 276
13.2.2 Prévalence des problèmes de santé déclarés et comparaison entre 1987 et 1992 279
13.2.3 Diabète 287
13.2.4 Maladies cardiaques 287
13.2.5 Asthme et rhinite allergique 287

Conclusion 288
Synthèse et pistes de recherche 288
Éléments de réflexion pour la planification 291

Bibliographie 293

Tableau complémentaire 295

Chapitre 14 Problèmes auditifs et problèmes visuels

Section I Problèmes auditifs

Introduction 297

14.1 Aspects méthodologiques 298
14.1.1 Indicateurs 298
14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 298
14.1.3 Portée et limites des données 298

14.2 Résultats 299
14.2.1 Audition 299
14.2.2 Acouphènes 301

Conclusion 304
Synthèse et pistes de recherche 304
Éléments de réflexion pour la planification 305

Section II Problèmes visuels

Introduction 306

14.1 Aspects méthodologiques 306
14.1.1 Indicateurs 306
14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 306
14.1.3 Portée et limites des données 307

14.2 Résultats 307
14.2.1 Vision de près 307
14.2.2 Vision de loin 307

Conclusion 309
Synthèse et pistes de recherche 309
Éléments de réflexion pour la planification 309

Bibliographie 311

Chapitre 15 Accidents avec blessures

Introduction 313

15.1 Aspects méthodologiques 314
15.1.1 Indicateurs 315
15.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 316
15.1.3 Portées et limites des données 316

15.2 Résultats 317
15.2.1 Importance du problème et comparaison avec les données de 1992-1993 317
15.2.2 Taux de morbidité selon le lieu et la circonstance 320
15.2.3 Taux de morbidité selon certaines caractéristiques socioéconomiques 323

Conclusion 323
Synthèse et pistes de recherche 323
Éléments de réflexion pour la planification 325

Bibliographie 327

Tableaux complémentaires 329

Figures complémentaires 331

Chapitre 16 Santé mentale

Introduction 333

16.1 Aspects méthodologiques 334
16.1.1 Indicateurs 334
16.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 337
16.1.3 Portée et limites des données 337

16.2 Résultats 338
16.2.1 Perception de la santé mentale 338
16.2.2 Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ14) 339
16.2.3 Conséquences de la détresse psychologique 344
16.2.4 Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23) 346

Conclusion 347
Synthèse et pistes de recherche 347
Éléments de réflexion pour la planification 349

Bibliographie 351

Tableau complémentaire 353

Chapitre 17 Idées suicidaires et parasuicides

Introduction 355

17.1 Aspects méthodologiques 356
17.1.1 Indicateurs 356
17.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 357
17.1.3 Portée et limites des données 358

17.2 Résultats 358
17.2.1 Idées suicidaires 358
17.2.2 Parasuicides 361
17.2.3 Utilisation de l'urgence à la suite de la tentative de suicide 362

Conclusion 362
Synthèse et pistes de recherche 362
Éléments de réflexion pour la planification 364

Bibliographie 365

Tableau complémentaire 367

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activité

Introduction 369

18.1 Aspects méthodologiques 369
18.1.1 Indicateurs 369
18.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 370
18.1.3 Portée et limites des données 371

18.2 Résultats 371
18.2.1 Journées d'incapacité 371
18.2.2 Limitations d'activité à long terme 374

Conclusion 379
Synthèse et pistes de recherche 379
Éléments de réflexion pour la planification 380

Bibliographie 381

Tableau complémentaire 383

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Recours aux services sociaux et de santé

Chapitre 19 Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Introduction 387

19.1 Aspects méthodologiques 388
19.1.1 Indicateurs 388
19.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 389
19.1.3 Portée et limites des données 390

19.2 Résultats 391
19.2.1 Taux de consultation des professionnels 391
19.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation 395
19.2.3 Lieu de la dernière consultation 396
19.2.4 Accessibilité aux services des médecins 396
19.2.5 Consultations des personnes souffrant d'un problème de santé 398
19.2.6 Accessibilité géographique 399

Conclusion 401
Synthèse et pistes de recherche 401
Éléments de réflexion pour la planification 405

Bibliographie 407

Chapitre 20 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Introduction 409

20.1 Aspects méthodologiques 410
20.1.1 Indicateurs 410
20.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 411
20.1.3 Portée et limites des données 411

20.2 Résultats 412
20.2.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation 412
20.2.2 Raisons de la dernière hospitalisation – problèmes à l'origine de la dernière hospitalisation et de la dernière chirurgie d'un jour 415
20.2.3 Délais d'attente 416
20.2.4 Temps de séjour des personnes hospitalisées – perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos de la chirurgie d'un jour 417
20.2.5 Utilisation des services posthospitaliers et perception quant à leur suffisance 419

Conclusion 421
Synthèse et pistes de recherche 421
Éléments de réflexion pour la planification 423

Bibliographie 425

Tableaux complémentaires 427

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Introduction 429

21.1 Aspects méthodologiques 430
21.1.1 Indicateurs 430
21.1.2 Portée et limites des données 430

21.2 Résultats 431
21.2.1 Connaissance de l'existence du service Info-Santé CLSC 431
21.2.2 Utilisation à vie du service Info-Santé CLSC 432
21.2.3 Utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois 433
21.2.4 Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois 434
21.2.5 Démarches en cas de difficulté d'accès au service Info-Santé CLSC 436

Conclusion 436
Synthèse et pistes de recherche 436
Éléments de réflexion pour la planification 438

Bibliographie 439

Tableaux complémentaires 441

Chapitre 22 Consommation de médicaments

Introduction 445

22.1 Aspects méthodologiques 446
22.1.1 Indicateurs 446
22.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 447
22.1.3 Portée et limites des données 447

22.2 Résultats 447
22.2.1 Utilisation de médicaments dans la population 447
22.2.2 Classes de médicaments consommés 451
22.2.3 Fréquence et durée d'utilisation des médicaments consommés 452

Conclusion 454
Synthèse et pistes de recherche 454
Éléments de réflexion pour la planification 455

Bibliographie 457

Tableaux complémentaires 459

Chapitre 23 Vaccination contre la grippe

Introduction 461

23.1 Aspects méthodologiques 462
23.1.1 Indicateurs 462
23.1.2 Portée et limites des données 462

23.2 Résultats 463
23.2.1 Couverture vaccinale contre la grippe 463
23.2.2 Vaccination antigrippale sur recommandation d'un médecin 464

Conclusion 465
Synthèse et pistes de recherche 465
Éléments de réflexion pour la planification 466

Bibliographie 467

NIVEAU 2 MILIEU DE VIE IMMÉDIAT

Famille et ménage

Chapitre 24 Familles et santé

Introduction 471

24.1 Aspects méthodologiques 473
24.1.1 Indicateurs 473
24.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 474
24.1.3 Portée et limites des données 475

24.2 Résultats 476
24.2.1 Les familles dans l'ensemble des ménages québécois 476
24.2.2 Familles avec au moins un enfant mineur 477
24.2.3 Santé et bien-être des parents vivant avec un enfant mineur selon le type de famille 481
24.2.4 Certaines caractéristiques des parents séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) 484

Conclusion 488
Synthèse et pistes de recherche 488
Éléments de réflexion pour la planification 490

Bibliographie 493

Tableau complémentaire 495

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu social

Chapitre 25 Environnement de soutien

Introduction 499

25.1 Aspects méthodologiques 500
25.1.1 Indicateurs 500
25.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 502
25.1.3 Portée et limites des données 502

25.2 Résultats 502
25.2.1 Soutien social 502
25.2.2 Situation de vie et satisfaction quant à cette situation 505
25.2.3 Difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » 507
25.2.4 Intimité 508
25.2.5 Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence 509
25.2.6 Liens avec divers indices sociaux et de santé 511

Conclusion 513
Synthèse et pistes de recherche 513
Éléments de réflexion pour la planification 514

Bibliographie 515

Tableaux complémentaires 517

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu de travail

Chapitre 26 Travail et santé

Introduction 525

26.1 Aspects méthodologiques 528
26.1.1 Indicateurs 528
26.1.2 Portée et limites des données 531

26.2 Résultats 531
26.2.1 Caractéristiques générales des travailleurs 531
26.2.2 Conditions de travail 534
26.2.3 Problèmes musculo-squelettiques 542
26.2.4 Posture de travail 548

Conclusion 552
Synthèse et pistes de recherche 552
Éléments de réflexion pour la planification 553

Bibliographie 555

Tableaux complémentaires 559

Chapitre 27 Environnement psychosocial du travail

Introduction 571

27.1 Aspects méthodologiques 572
27.1.1 Indicateurs 572
27.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 573
27.1.3 Portée et limites des données 573

27.2 Résultats 574
27.2.1 Autonomie décisionnelle au travail 574
27.2.2 Combinaison de l'autonomie décisionnelle et de la demande psychologique au travail 574
27.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé 575
27.2.4 Variations selon les indicateurs d'adaptation sociale 576
27.2.5 Variations selon certains comportements de santé 577

Conclusion 577
Synthèse et pistes de recherche 577
Éléments de réflexion pour la planification 578

Bibliographie 581

Tableau complémentaire 583

NIVEAU 4 CONDITIONS SOCIALES

Chapitre 28 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Introduction 587

28.1 Aspects méthodologiques 588
28.1.1 Indicateurs 588
28.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 589
28.1.3 Portée et limites des données 589

28.2 Résultats 590
28.2.1 Taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé 590
28.2.2 Recours aux professionnels de la santé autres que des médecins selon la présence ou l'absence de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé 593
28.2.3 Déboursés pour les services posthospitaliers 594

Conclusion 595
Synthèse et pistes de recherche 595
Éléments de réflexion pour la planification 595

Bibliographie 597

Tableau complémentaire 599

NIVEAU 5 NORMES, VALEURS ET IDÉOLOGIES DOMINANTES

Chapitre 29 Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Introduction 603

29.1 Aspects méthodologiques 604
29.1.1 Indicateurs 604
29.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 605
29.1.3 Portée et limites des données 605

29.2 Résultats 606
29.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques socio-démographiques 606
29.2.2 Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte selon diverses dimensions de l'état de santé 609
29.2.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et idées suicidaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse 611
29.2.4 Pratique religieuse selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence 612
29.2.5 Certaines variables sociosanitaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse 613

Conclusion 618
Synthèse et pistes de recherche 618
Éléments de réflexion pour la planification 619

Bibliographie 621

Tableaux complémentaires 623

Chapitre 30 Conclusion générale

30.1 Vue d'ensemble 628
30.1.1 Des gains et des pertes depuis 1987 ou 1992-1993 628
30.1.2 Nouveautés en 1998 633

30.2 Pistes de réflexion pour la planification et l'action 638

Annexes

Annexe 1 Liste des lecteurs et autres collaborateurs

Annexe 2 Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)

Annexe 3 Questionnaire autoadministré (QAA)

Annexe 4 Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Liste des tableaux

Chapitre 1 Méthodes

1.1 Répartition de l'échantillon des logements selon la région sociosanitaire et l'aire homogène, Enquête sociale et de santé 1998 60

1.2 Distribution de la population selon le recensement de 1991, distribution de l'échantillon des logements et rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population selon la région sociosanitaire, Enquête sociale et de santé 1998 61

1.3 Répartition des logements selon les résultats de la collecte, Enquête sociale et de santé 1998 63

1.4 Nombre de répondants au QRI et au QAA selon le sexe et l'âge, Enquête sociale et de santé 1998 64

1.5 Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la région sociosanitaire, Enquête sociale et de santé 1998 65

1.6 Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la période de collecte, Enquête sociale et de santé 1998 65

1.7 Proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, Enquête sociale et de santé 1998 66

1.8 Proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus selon le type de répondant, le type de consommation de médicaments et le lieu de naissance, Enquête sociale et de santé 1998 68

Chapitre 2 Caractéristiques de la population

2.1 Répartition de la population québécoise en ménage privé visée par l'Enquête sociale et de santé 1998 selon le sexe et l'âge 78

2.2 État matrimonial de fait selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 79

2.3 Groupe ethnoculturel selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 81

2.4 Scolarité relative selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 81

2.5 Niveau de revenu selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec, 1998 83

2.6 Statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 84

2.7 Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 85

2.8 Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 85

2.9 Catégorie professionnelle selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998 86

2.10 Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 87

2.11 Perception de sa situation financière selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 87

2.12 Perception de la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre, Québec, 1992-1993 et 1998 88

2.13 Perception de la durée de la pauvreté selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 88

C.2.1 Langue maternelle, lieu de naissance de la mère et du père, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 93

C.2.2 Élaboration de l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1998 93

C.2.3 Niveau de revenu selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 94

C.2.4 Statut d'activité au cours d'une période de deux semaines selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 94

C.2.5 Perception de sa situation financière selon le niveau de revenu et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 95

C.2.6 Perception de la durée de la pauvreté selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre, Québec, 1998 95

Chapitre 3 Usage du tabac

3.1 Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 102

3.2 Type d'usage de la cigarette selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 102

3.3 Type d'usage de la cigarette selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 103

3.4 Type d'usage de la cigarette selon le sexe et le groupe ethnoculturel, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ... 104

3.5 Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon le sexe et l'âge, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998 105

3.6 Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette, fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 106

3.7 Usage du cigare selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998 107

3.8 Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE selon le lieu d'exposition et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 107

C.3.1 Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 113

Chapitre 4 Consommation d'alcool

4.1 Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 119

4.2 Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 120

4.3 Nombre moyen de consommations au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 122

4.4 Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998 122

4.5 Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998 123

4.6 Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998 124

4.7 Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 124

C.4.1 Taux de non-réponse partielle aux questions sur la consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe, l'âge et le niveau de revenu, Québec, 1998 131

C.4.2 Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998.....132

C.4.3 Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998.....132

C.4.4 Buveurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 133

Chapitre 5 Consommation de drogues et autres substances psychoactives

5.1 Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....137

5.2 Type de consommateurs de drogues selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 138

5.3 Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....139

5.4 Consommateurs actuels, par catégorie de drogues, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 139

5.5 Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....140

5.6 Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 140

C.5.1 Taux de non-réponse partielle pour le type de consommateurs de drogues, le type de drogues consommées et le polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, Population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....145

C.5.2 Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1998 145

C.5.3 Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues consommées et certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....146

C.5.4 Consommation de tabac selon la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....147

Chapitre 6 Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

6.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....153

6.2 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998.....153

6.3 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....154

6.4 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....154

6.5 Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ...154

6.6 Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....157

6.7 Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....158

6.8 Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998 159

6.9 Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la solitude au moment des repas, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 159

6.10 Insécurité alimentaire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 160

6.11 Perception de la qualité des habitudes alimentaires, perception de l'état de santé, indice de détresse psychologique et indice de soutien social selon l'insécurité alimentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 .. 161

C.6.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 167

C.6.2 Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 168

C.6.3 Solitude au moment des repas selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998..... 169

C.6.4 Insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 170

Chapitre 7 Activité physique

7.1 Fréquence de pratique d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 174

7.2 Fréquence de pratique d'activité physique de loisir selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 177

7.3 Intention de pratique régulière au cours de la prochaine année selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 178

7.4 Les cinq activités physiques de loisir les plus populaires selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ...178

7.5 Les cinq activités physiques de loisir pratiquées plus régulièrement selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 179

7.6 Niveau d'activité physique associée au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998 180

Chapitre 8 Poids corporel

8.1 Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 189

8.2 Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998 190

8.3 Indice de masse corporelle selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998 191

8.4 Désir de changer de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 191

8.5 Désir de changer de poids selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998 192

8.6 Degré de diminution ou d'augmentation du poids désirée selon le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus désirant un changement de poids, Québec, 1998 193

8.7 Raisons invoquées pour maigrir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus désirant une diminution de poids, Québec, 1998 ..194

8.8 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998 195

8.9 Type de fumeurs selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 195

8.10 Fréquence des activités physiques de loisir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 196

8.11 Indice de masse corporelle selon le sexe et la présence d'un problème de santé de longue durée, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998..... 196

Chapitre 9 Comportements sexuels et utilisation du condom

9.1 Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 205

9.2 Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998 206

9.3 Personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....206

9.4 Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, Québec, 1998.....206

9.5 Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus, Québec, 1998 207

9.6 Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) parmi les personnes ayant eu un seul partenaire et celles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus, Québec, 1998.....208

9.7 Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans, Québec, 1998.....209

9.8 Temps écoulé depuis la séparation avec l'autre parent selon le nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans, Québec, 1998.....209

9.9 Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec le partenaire, le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998.....210

9.10 Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec les partenaires, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998.....210

9.11 Fréquence d'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois avec le dernier partenaire selon le type de relation entretenue avec les partenaires, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel et celle ayant eu plus d'un partenaire sexuel, Québec, 1998.....211

9.12 Personnes ayant eu au moins un comportement sexuel à risque selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998.....212

9.13 Personnes ayant déclaré avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le nombre de partenaires sexuels, population hétérosexuelle de 15 ans et plus, Québec, 1998.....212

Chapitre 10 Orientation sexuelle et santé

10.1 Orientation sexuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998 222

10.2 État matrimonial de fait selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....223

10.3 Situation de vie selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....224

10.4 Niveau de revenu selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....224

10.5 Usage de la cigarette selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....225

10.6 Type de buveur selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....225

10.7 Nombre de fois enivré au cours d'une période 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....225

10.8 Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....225

10.9 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'orientation sexuelle, population féminine de 15 ans et plus , Québec, 1998.....226

10.10 Indice de soutien social selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....226

10.11 Nombre de personnes pouvant aider au besoin selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....226

10.12 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....227

10.13 Indice de détresse psychologique selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....227

10.14 Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....227

10.15 Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....228

Chapitre 11 Divers comportements de santé propres aux femmes

11.1 Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....238

11.2 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....238

11.3 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....239

11.4 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....240

11.5 Utilisation des contraceptifs oraux selon la consommation de tabac et l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998.....243

11.6 Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause (HTS) et statut ménopausique perçu selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....243

C.11.1 Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....251

C.11.2 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....251

C.11.3 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....252

C.11.4 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon la scolarité relative, le niveau et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....252

C.11.5 Utilisation de contraceptifs oraux selon l'âge, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998.....253

C.11.6 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....254

C.11.7 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie population féminine de 50 à 69 ans, Québec, 1998..254

C.11.8 Divers comportements préventifs selon l'utilisation de contraceptifs oraux et l'hormonothérapie en rapport avec la ménopause ou pour une autre raison, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998.....255

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

12.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....260

12.2 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....262

12.3 Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....263

12.4 Perception de l'état de santé selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec, 1998.....264

12.5 Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....264

12.6 Perception de l'état de santé selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....265

12.7 Perception de l'état de santé selon certains indicateurs d'utilisation de soins et services de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....266

C.12.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998.....271

Chapitre 13 Problèmes de santé

13.1 Nombre de problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998.....277

13.2 Nombre et durée des problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998.....278

13.3 Nombre et durée des problèmes de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....279

13.4 Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998.....281

13.5 Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 0 à 14 ans, Québec, 1987 et 1998.....282

13.6 Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987 et 1998.....283

13.7 Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 25 à 44 ans, Québec, 1987 et 1998.....284

13.8 Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 45 à 64 ans, Québec, 1987 et 1998.....285

13.9 Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 1987 et 1998.....286

13.10 Prévalence du diabète selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998.....287

13.11 Prévalence des maladies cardiaques selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998.....288

13.12 Impact de l'asthme sur l'utilisation des services et la limitation d'activités, population totale, Québec, 1998.....288

C.13.1 Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, population totale, Québec, 1998.....295

Chapitre 14 Problèmes auditifs et problèmes visuels

Section I

14.1 Perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998 299

14.2 Degré de perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998 300

14.3 Consultation d'un professionnel de la santé pour perte auditive selon l'âge et le degré de perte, population de 16 ans et plus déclarant une perte auditive, Québec, 1998 300

14.4 État de santé perçu comme moyen ou mauvais selon l'état de l'audition et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998 300

14.5 Perte auditive selon la présence de bruit intense au travail et la catégorie professionnelle, population de 16 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 301

14.6 Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 301

14.7 Fréquence des acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998 302

14.8 Dérangement lié aux acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998 302

14.9 État de l'audition selon la présence ou l'absence d'acouphènes, population de 16 ans et plus, Québec, 1998 303

14.10 État de l'audition selon la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 16 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998 303

Section II

14.1 Prévalence des troubles de la vision selon le sexe et l'âge, population de 7 ans et plus, Québec, 1998 308

14.2 Troubles de la vision de loin selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 308

14.3 Troubles de la vision de loin selon le niveau de revenu, population de 7 ans et plus, Québec, 1998 308

Chapitre 15 Accidents avec blessures

15.1 Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation des activités et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998 318

15.2 Conséquences des accidents avec blessures, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 320

15.3 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998 322

15.4 Circonstances déclarées de blessures, total des accidents avec blessures, Québec, 1998 322

C.15.1 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe, le groupe d'âge et la nature des conséquences, population totale, Québec, 1998 329

C.15.2 Victimes d'accidents avec blessures, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de l'accident, population totale, Québec, 1998 330

C.15.3 Accidents avec blessures selon les circonstances et l'âge, total des accidents avec blessures, Québec, 1998 330

Chapitre 16 Santé mentale

16.1 Perception de la santé mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 338

16.2 Perception de la santé mentale selon la satisfaction face à la vie sociale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 338

16.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 339

16.4 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....340

16.5 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....341

16.6 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ...342

16.7 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques liées à l'environnement social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 344

16.8 Durée des manifestations associées à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....344

16.9 Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus, Québec, 1998 345

16.10 Concordance entre l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) et l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23), population de 15 ans et plus, Québec, 1998 346

C.16.1 Types de conséquences selon le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998 353

Chapitre 17 Idées suicidaires et parasuicides

17.1 Présence d'idées suicidaires1 au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 358

17.2 Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998.....359

17.3 Présence d'idées suicidaires1 au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....360

17.4 Moyens envisagés pour attenter à ses jours au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, personnes de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires, Québec, 1998 361

17.5 Présence de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....361

C.17.1 Prévalence des idées suicidaires et des parasuicides selon des enquêtes de santé auprès de la population générale...367

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activité

18.1 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1998 371

18.2 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998.....372

18.3 Durée, origines et causes des journées d'incapacité selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998 372

18.4 Moyenne annuelle de journées d'alitement et de journées d'incapacité totale et par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1978 à 1998.....373

18.5 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et selon certaines caractéristiques socioéconomiques, sexes réunis, population en ménage privé, Québec, 1998 374

18.6 Évolution des taux de limitations d'activité selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 375

18.7 Journées d'incapacité selon le genre d'incapacité, la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998 375

18.8 Causes et origines des limitations d'activité, personnes avec limitations d'activité vivant en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 376

18.9 Évolution des taux de limitations d'activité, population de 15 ans et plus, en ménage privé, Québec, 1978 à 1998 376

18.10 Taux de limitations d'activité selon certaines caractéristiques socioéconomiques et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998 377

18.11 Indicateurs de non-satisfaction pour certains aspects de la vie sociale selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998 379

C.18.1 Évolution de la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe, l'âge et le genre d'incapacité, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 383

Chapitre 19 Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

19.1 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, population totale, Québec, 1998 391

19.2 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998 392

19.3 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, selon le type de professionnel (lorsque comparable avec les données de 1998), population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 393

19.4 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998 393

19.5 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998 394

19.6 Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 395

19.7 Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998 396

19.8 Lieu de la dernière consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, population ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998 396

19.9 Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste parmi les personnes ayant consulté un médecin avec un rendez-vous au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998 397

19.10 Appréciation du temps d'attente selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, Québec, 1998 397

19.11 Problèmes de santé selon le moment de la dernière consultation, ensemble des problèmes de santé, Québec, 1998 398

19.12 Nombre de professionnels consultés au cours d'une période de quatre mois selon que le problème de santé associé à la consultation est de longue ou de courte durée, Québec, 1998 399

19.13 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines selon le type de région, population totale, Québec, 1998 399

19.14 Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres ou un temps de déplacement de plus de 30 minutes (aller simple), selon le type de médecin consulté et le type de région, Québec, 1998 400

19.15 Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste et l'appréciation du temps d'attente, selon le type de régions, Québec, 1998 401

19.16 Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin spécialiste et l'appréciation du temps d'attente, selon le type de régions, Québec, 1998 401

Chapitre 20 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

20.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998 413

20.2 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, l'âge et certains indicateurs de santé, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 414

20.3 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998 ... 415

20.4 Problèmes à l'origine du dernier recours à la chirurgie d'un jour et de la dernière hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 416

20.5 Durée de l'attente pour être traité en chirurgie d'un jour ou admis à l'hôpital et opinion exprimée sur ce délai, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 416

20.6 Durée du séjour hospitalier selon l'âge, la perception de l'état de santé et la raison de l'hospitalisation, population hospitalisée, Québec, 1998 417

20.7 Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon certains indicateurs de santé, population hospitalisée, Québec, 1998 418

20.8 Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services et la source d'aide, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998 419

20.9 Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, la situation familiale, le sexe et la raison de l'hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998 420

C.20.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, le niveau de revenu et la scolarité relative, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 427

C.20.2 Durée du séjour hospitalier selon le niveau de revenu, la scolarité et l'indice de détresse psychologique, population hospitalisée, Québec, 1998 427

C.20.3 Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon l'âge, la scolarité relative et la perception de l'état de santé, population hospitalisée, Québec, 1998 428

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

21.1 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 431

21.2 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le niveau de revenu et la langue maternelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 431

21.3 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur, Québec, 1998 432

21.4 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le fait d'avoir été hospitalisé ou d'avoir consulté un médecin, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 432

21.5 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec 1998 434

21.6 Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 435

21.7 Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 435

21.8 Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 435

21.9 Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sanitaires, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 436

C.21.1 Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998 441

C.21.2 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998 442

C.21.3 Fréquence d'utilisation selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 442

C.21.4 Accès à l'infirmière lors du dernier appel à Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà utilisé le service, Québec, 1998 443

Chapitre 22 Consommation de médicaments

22.1 Personnes ayant pris au moins un médicament et personnes ayant pris trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 448

22.2 Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 449

22.3 Répartition des personnes selon le nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours et selon la perception de l'état de santé et l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 450

22.4 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 451

22.5 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et l'âge, population totale, Québec, 1998 452

22.6 Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1992-1993 et 1998 454

22.7 Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la durée d'utilisation et la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1998..... 454

C.22.1 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population totale, Québec, 1998..... 459

C.22.2 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge et la classe de médicaments, population totale, Québec, 1998..... 460

Chapitre 23 Vaccination contre la grippe

23.1 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998 463

23.2 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon la présence ou l'absence d'au moins un problème de santé de longue durée sélectionné et selon l'âge, population totale, Québec, 1998 464

23.3 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le problème de santé, population ayant déclaré souffrir d'au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 1998... 464

23.4 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi dans le domaine de la santé, Québec, 1998..... 464

23.5 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois sur recommandation d'un médecin selon le sexe et l'âge, population ayant reçu le vaccin contre la grippe, Québec, 1998 464

Chapitre 24 Familles et santé

24.1 Ménages non familiaux et familiaux (enfants de tous âges) selon le type, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 476

24.2 Familles avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 477

24.3 Caractéristiques sociodémographiques des parents vivant avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998..... 479

24.4 Type de famille selon le nombre d'enfants mineurs et l'âge du plus jeune enfant, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998 480

24.5 Qualité des relations avec les enfants mineurs et entre conjoints, parents féminins et masculins par type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998 481

24.6 Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le type de famille, sexes réunis, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998..... 482

24.7 Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le sexe du parent et le type de famille, parents féminins et masculins avec enfants mineurs, Québec, 1998 483

24.8 Type de ménage des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) selon le sexe, Québec, 1998...485

24.9 Modalités de garde de tous les enfants mineurs des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s), selon le sexe, Québec, 1998.....486

24.10 Durée écoulée depuis la séparation selon les modalités de garde, parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s), Québec, 1998.....487

24.11 Qualité des relations avec leur ex-conjoint chez les parents séparés selon le sexe, Québec, 1998 487

C.24.1 Familles recomposées avec au moins un enfant mineur, Québec, 1998.....495

Chapitre 25 Environnement de soutien

25.1 Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....503

25.2 Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 504

25.3 Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 506

25.4 Bonheur de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....506

25.5 Personnes qui ont ou non, un conjoint, un « chum » ou une « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 507

25.6 Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998 507

25.7 Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998.....508

25.8 Indice d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus , Québec, 1998.....508

25.9 Personnes qui manquent d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus n'ayant pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », Québec, 1998.....509

25.10 Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998.....510

25.11 Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998 511

25.12 Certains indices sociaux et de santé selon les indices de l'environnement de soutien, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 512

C.25.1 Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....517

C.25.2 Composantes de l'indice de soutien social selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....518

C.25.3 Composantes de l'indice de soutien social selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....519

C.25.4 Composantes de l'indice de soutien social selon le fait d'être en emploi ou sans emploi , population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....520

C.25.5 Personnes ayant des difficultés conjugales moyennes ou sévères selon le sexe et le statut d'activité habituelle, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998 521

C.25.6 Personnes qui manquent d'intimité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....521

C.25.7 Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998 ...522

Chapitre 26 Travail et santé

26.1 Personnes occupant un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ...532

26.2 Type d'emploi, taille de l'entreprise et statut de syndicalisation selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...533

26.3 Statut de permanence, statut d'emploi et type de profession selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...533

26.4 Exposition à certaines conditions organisationnelles de travail et à des risques physiques et chimiques selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...535

26.5 Accidents de travail avec blessures selon le sexe, l'âge, le type de profession, l'horaire de travail de nuit et l'exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol et aux solvants, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998...536

26.6 Fréquence des situations de tension vécues avec le public selon le sexe, l'âge, l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 537

26.7 Perception de la santé mentale et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...538

26.8 Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 538

26.9 Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...539

26.10 Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998...539

26.11 Perception de l'état de santé et de la santé mentale selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 540

26.12 Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998...541

26.13 Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998...541

26.14 Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...542

26.15 Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 ...543

26.16 Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon l'exposition à certains risques ou contraintes physiques au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 544

26.17 Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 545

26.18 Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de masse corporelle et le type de profession, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 546

26.19 Douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 547

26.20 Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours selon la partie du corps et le sexe et douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 547

26.21 Posture de travail générale selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998.....549

26.22 Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la posture de travail générale et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998.....550

26.23 Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position debout, Québec, 1998.....551

26.24 Douleurs ressenties au bas du dos, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position assise, Québec, 1998.....551

C.26.1 Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus et horaire irrégulier ou imprévisible selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998.....559

C.26.2 Travail répétitif des mains et des bras et manipulation de charges lourdes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998.....560

C.26.3 Violence physique, intimidation et paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 561

C.26.4 Problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée détaillés, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998 562

C.26.5 Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998.....563

C.26.6 Caractéristiques de la douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé et son impact sur le travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 565

C.26.7 Douleur musculo-squelettique ressentie au bas du dos, perçue comme étant reliée entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998.....566

C.26.8 Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres supérieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998 567

C.26.9 Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours Québec, 1998 568

C.26.10 Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998 569

C.26.11 Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998 .570

Chapitre 27 Environnement psychosocial du travail

27.1 Faible autonomie décisionnelle au travail, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1992-1993 et 1998...574

27.2 Contraintes psychosociales du travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998 575

27.3 Contraintes psychosociales du travail selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998 575

C.27.1 Répartition de la population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998.....583

Chapitre 28 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

28.1 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu, population totale, Québec, 1998.....592

28.2 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type d'assurance, population totale, Québec, 1998 592

28.3 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type de services assurés, l'âge et le statut familial, population totale, Québec, 1998.....593

28.4 Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon le type de professionnels consultés, population totale, Québec, 1998.....594

28.5 Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....594

C.28.1 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998 599

Chapitre 29 Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

29.1 Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 607

29.2 Appartenance religieuse actuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 607

29.3 Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998 608

29.4 Associations entre les variables de l'enquête : importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ... 609

29.5 Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 610

29.6 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 ... 611

29.7 Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 611

29.8 Appartenance religieuse actuelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998 612

29.9 Consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 614

29.10 Usage de la cigarette selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 615

29.11 Consommation de drogues selon le sexe, l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 616

29.12 Indice de soutien social selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 617

C.29.1 Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 623

C.29.2 Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 624

C.29.3 Proportion de buveurs actuels selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 625

C.29.4 Proportion de fumeurs réguliers selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 625

C.29.5 Proportion de consommateurs de drogues selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 626

Liste des figures

Chapitre 2 Caractéristiques de la population

2.1 Population totale dans les ménages privés selon l'âge, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 78

2.2 Population de 15 ans et plus selon l'état matrimonial de fait, Québec, 1998 ... 79

2.3 Population de 15 ans et plus selon le groupe ethnoculturel, Québec, 1998 80

2.4 Niveau de revenu des personnes et des ménages, population totale, Québec, 1998 82

2.5 Population de 15 ans et plus selon le statut d'activité au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998 84

2.6 Population de 15 ans et plus selon la perception de sa situation financière, Québec, 1998 87

2.7 Population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre selon la perception de la durée de la pauvreté, Québec, 1998 88

Chapitre 3 Usage du tabac

3.1 Distribution des fumeurs actuels selon le niveau de revenu, fumeurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998 103

3.2 Type d'usage de la cigarette, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 104

3.3 Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Québec, 1987, 1992-1993, 1998 105

3.4 Âge auquel la personne a commencé à fumer la cigarette tous les jours, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998 105

3.5 Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE, selon le type d'usage de la cigarette et le lieu d'exposition, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 107

Chapitre 4 Consommation d'alcool

4.1 Types de buveurs selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 121

4.2 Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 123

4.3 Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon l'âge, buveurs actuels de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 126

Chapitre 5 Consommation de drogues et autres subetances psychoactives

5.1 Usage de la cigarette selon la consommation de subetances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998 141

Chapitre 6 Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

6.1 Fréquence et type de repas consommés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 156

Chapitre 7 Activité physique

7.1 Fréquence de pratique d'activité physique de loisir, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 174

Chapitre 8 Poids corporel

8.1 Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 189

Chapitre 9 Comportements sexuels et utilisation du condom

9.1 Hommes et femmes ayant déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus, Québec, 1998 207

Chapitre 11 Divers comportements de santé propres aux femmes

11.1 Utilisation de contraceptifs oraux (CO) et activité sexuelle selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998 241

11.2 Utilisation de contraceptifs oraux (CO) selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 242

11.3 Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 244

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

12.1 Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998 261

Chapitre 14 Problèmes auditifs et problèmes visuels

Section II

14.1 Consultation d'un professionnel de la santé selon l'âge, la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998 303

Chapitre 15 Accidents avec blessures

15.1 Taux de morbidité par blessures selon le groupe d'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998 319

15.2 Accidents avec blessures selon le lieu, total des accidents avec blessures, Québec, 1998 320

15.3 Répartition des lieux des accidents selon le groupe d'âge de la victime, total des accidents avec blessures, Québec, 1998 321

C.15.1 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998 331

C.15.2 Taux de morbidité par accidents avec blessures selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le lieu de survenue de l'accident (travail, sport et loisir), population totale, Québec, 1998 332

Chapitre 16 Santé mentale

16.1 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 342

16.2 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et la perception de la santé mentale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 343

Chapitre 17 Idées suicidaires et parasuicides

17.1 Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 359

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activité

18.1 Consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population en ménage privé, Québec, 1998 378

18.2 Perception de l'état de santé comme moyen ou mauvais selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998 378

Chapitre 20 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

20.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 413

20.2 Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour, population hospitalisée et population traitée en chirurgie d'un jour, Québec, 1998..... 418

20.3 Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998 ... 419

20.4 Perception de la suffisance de l'aide posthospitalière reçue à domicile, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998..... 421

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

21.1 Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 432

21.2 Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998 433

21.3 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998 433

21.4 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et connaissant l'existence du service, Québec, 1998..... 433

Chapitre 22 Consommation de médicaments

22.1 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998... 451

22.2 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et le sexe, population totale, Québec, 1998 .. 453

Chapitre 25 Environnement de soutien

25.1 Niveau faible à l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998 505

25.2 Personnes insatisfaites de leur vie sociale selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998..... 505

Chapitre 26 Travail et santé

26.1 Population de 15 ans et plus ayant un emploi rémunéré selon l'âge, Québec, 1998....532

Chapitre 27 Environnement psychosocial du travail

27.1 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998..... 575

27.2 État de santé mentale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998..... 576

27.3 État de santé générale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998..... 576

27.4 Satisfaction élevée quant à la vie sociale selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998..... 576

27.5 Niveau élevé à l'indice de soutien social, selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998 577

Chapitre 28 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

28.1 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998..... 591

Liste des schémas

Chapitre 7 Activité physique

7.1 Catégories regroupant toute l'activité physique potentiellement incluse dans une journée 171

Chapitre 8 Poids corporel

8.1 Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus, Enquête sociale et de santé 1998..... 187

Lexique

Activité physique de loisir : fréquence de la participation à des activités physiques de loisir d'une durée d'au moins 20 à 30 minutes par séance, au cours des 3 mois ayant précédé l'enquête. Les catégories de réponse possibles sont : trois fois par semaine et plus, deux fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois et aucune fois.

Autonomie décisionnelle au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent d'abord sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles et, ensuite, sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans *l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, et ce, pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé d'autonomie décisionnelle au travail.

Catégorie professionnelle : basé sur la *Classification canadienne des professions*, cet indicateur classe les personnes selon le genre d'emploi qu'elles occupent au moment de l'enquête.

Demande psychologique au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent sur la quantité de travail exigée dans l'emploi, les exigences mentales des tâches et les contraintes de temps pour effectuer le travail demandé. Les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans *l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, et ce, pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé de demande psychologique au travail.

État matrimonial de fait : tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les individus de 15 ans et plus.

Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence : indice constitué de sept questions posées aux personnes de 18 ans et plus; ces questions portent sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogues par un parent. Le score total de l'indice est établi à partir du nombre d'événements déclaré par les répondants qui ont fourni au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions. Un score plus élevé indique plus de facteurs de stress. Quatre catégories de réponse d'événements traumatisants sont utilisées : aucun, un, deux et trois ou plus. Cet indice a été développé par Statistique Canada.

Groupe ethnoculturel (majoritaire, minoritaire) : indice d'appartenance ethnoculturelle basé sur la langue maternelle de la personne, son lieu de naissance ainsi que celui de ses parents.

Indice de détresse psychologique : est constitué de 14 questions portant sur des états dépressifs ou anxieux et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de l'échelle, adopté lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec pour constituer la catégorie « élevée », a été conservé pour la présente enquête.

Indice de difficulté dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » : indice constitué de trois questions portant sur la satisfaction conjugale avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde », qu'on vive ou non avec la personne. Le score total est établi à partir du nombre de difficultés vécues par le répondant. Il varie entre 0 et 3. Le niveau 0 équivaut à aucune difficulté, 1 à des difficultés légères, 2 à des difficultés moyennes et 3 à des difficultés sévères. L'indice a été développé par Statistique Canada.

Indice de masse corporelle : aussi appelé « Indice de Quételet », il est considéré, dans les enquêtes sur la population, comme la mesure la plus appropriée pour déterminer l'excès de pois associé à divers risques pour la santé. Il est le résultat de la division du poids exprimé en kilogrammes par la taille en mètres, élevée au carré.

Indice de soutien social : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

Insécurité alimentaire : indice constitué de trois questions provenant du *Questionnaire Radimer/Cornel* (13 questions) et posées à l'informateur clé répondant pour tous les membres du ménage. Ces trois questions portent sur la monotonie du régime, la restriction de l'apport alimentaire, et pour les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans, l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières. L'utilisation de 3 questions sur 13 se base sur les résultats d'une étude sur l'insécurité alimentaire réalisée dans la région de Québec.

Journées d'incapacité : journées comptées à partir du nombre de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale et de journées de restriction des activités habituelles, déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Elles sont présentées sous forme d'une moyenne annuelle par personne, établie sur la base de l'ensemble de la population.

Langue maternelle : première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant.

Limitations d'activité : ce qui restreint une personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique, physique ou mentale, ou d'un problème de santé.

Ménage : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

Niveau de revenu : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice utilisé dans les enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Nombre de problèmes de santé : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé. L'indicateur comprend trois catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré « aucun problème de santé », « un problème de santé (inclut les problèmes d'une durée de moins de six mois et ceux d'une durée de six mois et plus) » et « plus d'un problème de santé (inclut les problèmes d'une durée de moins de six mois et ceux d'une durée de six mois et plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

Nombre et durée des problèmes de santé : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et introduit la notion de chronicité des problèmes. L'indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes en trois catégories, soit « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement (soit des problèmes d'une durée de moins de six mois) », « un problème de longue durée (soit un problème d'une durée de six mois ou plus) » et « plus d'un problème de longue durée (soit des problèmes d'une durée de six mois ou plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

Parasuicide : ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

Pe : nombre estimé de personnes, dans la population, correspondant à une proportion ou à un taux donné.

Perception de l'état de santé : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur état de santé comparativement à celui des personnes de leur âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellent, très bon, bon, moyen et mauvais. Cette question a été utilisée lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Perception de la santé mentale : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur santé mentale comparativement à celle des personnes de leur âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellente, très bonne, bonne, moyenne et mauvaise. Cette question provient d'une mesure semblable développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* menée aux États-Unis et de l'enquête de santé mentale ontarienne menée au début des années 90. Au Québec, ce même indicateur a été utilisé sur l'île de Montréal, en 1992, lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale. C'est la

première fois que cette question est utilisée dans le cadre d'une enquête de la Direction Santé Québec.

Perception de sa situation financière : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur situation financière comparativement à celle des personnes de leur âge. Quatre catégories de réponse sont possibles : à l'aise, suffisant, pauvre et très pauvre. Cette question a été utilisée lors de l'enquête de 1992-1993 de Santé Québec.

Problèmes de santé de longue durée : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et introduit la notion de chronicité des problèmes. L'indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes en trois catégories, soit « aucun problème (inclut aucun problème et des problèmes d'une durée de moins de six mois) », « un problème (inclut uniquement des problèmes d'une durée de six mois ou plus) » et « plus d'un problème (inclut uniquement des problèmes d'une durée de six mois ou plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

QAA : questionnaire autoadministré s'adressant à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans ou plus. Il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu du travail, le milieu social, la famille, la sexualité et la santé psychologique.

QRI : questionnaire rempli par l'intervieweur, il s'adresse à un informateur clé répondant pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents avec blessures, les problèmes de santé, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé ou services sociaux .

Satisfaction face à la vie sociale : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur satisfaction face à leur vie sociale. Les réponses ont été regroupées en trois catégories : non satisfait, plutôt satisfait et très satisfait. Cette question a été utilisée lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Scolarité relative : niveau de scolarité d'un individu comparativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et du même sexe; le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

Statut d'activité habituelle : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Statut d'activité (deux semaines) : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête.

Type de buveur : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais bu d'alcool, les anciens buveurs qui n'en ont pas consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les buveurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de consommateur de drogues : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues, les anciens consommateurs qui ne l'ont pas fait au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les consommateurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de fumeur : distingue les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que chaque jour, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais qui ont cessé, et les personnes qui n'ont jamais fumé.

UPE : unité primaire d'échantillonnage qui est formée de secteurs de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Un certain nombre de ces UPE ont été tirées aléatoirement par la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ au cours du processus d'échantillonnage de l'enquête.

Introduction générale

À l'instar de tous les pays industrialisés, la société québécoise a mis en place un système de santé et de services sociaux visant à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Pour des raisons liées à la démographie, à la culture, à l'éducation ou à l'économie, les besoins de la population en matière de santé et de bien-être sont en perpétuelle mouvance. La mesure de l'état de santé, effectuée à intervalles réguliers, permet d'apprécier l'atteinte des objectifs que le Québec s'est donnés à cet effet, et, au besoin, d'en fixer de nouveaux ou de consolider les acquis.

Les enquêtes sur l'état de santé et de bien-être de la population québécoise réalisées par Santé Québec, devenu, depuis le 1er avril 1999, la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), servent à recueillir des renseignements contribuant à la détermination des besoins et des secteurs d'intervention prioritaires, à l'allocation des ressources et à l'évaluation des programmes. De ce fait, elles sont utiles non seulement au Ministère (MSSS) et aux Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), mais également aux autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à d'autres utilisateurs.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* dont elle reprend en grande partie les thèmes et les mesures assurant de cette façon une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs qui y sont associés. Elle a aussi la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures.

La présente enquête poursuit les objectifs généraux suivants :

- fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)* et des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP)*;
- fournir aux décideurs et aux chercheurs du MSSS, du réseau et d'autres milieux une source d'information sur la population québécoise en ce qui concerne les habitudes de vie, la santé physique et mentale, les milieux et conditions de vie, ainsi que la consommation de services;
- suivre les tendances des indicateurs présents dans les enquêtes antérieures;
- analyser les variations des observations en fonction des caractéristiques démographiques, socioculturelles et socioéconomiques;
- assurer la représentativité des données régionales et permettre la comparabilité entre les régions et avec l'ensemble du Québec.

Modèle systémique pour l'analyse de l'état de santé et de bien-être

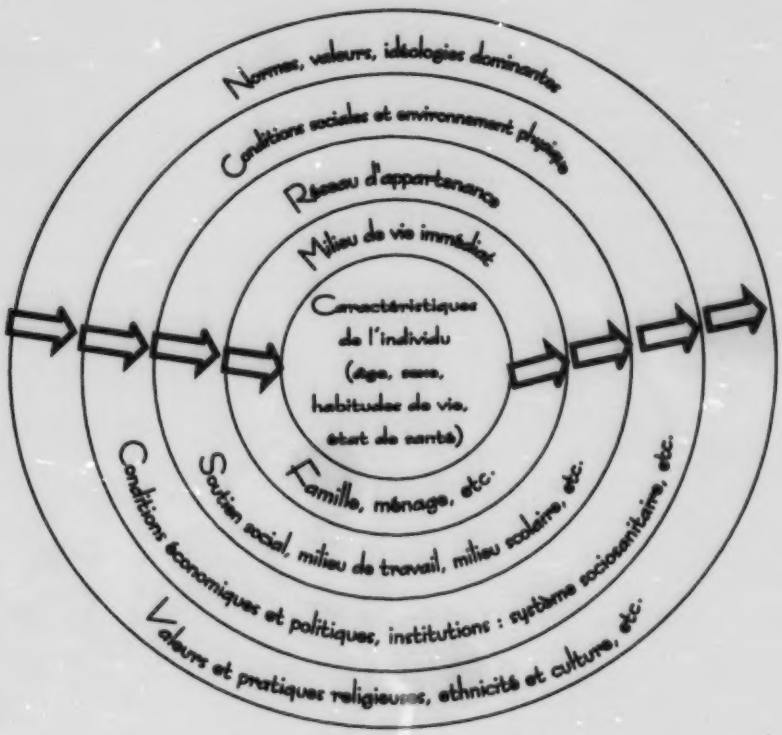
L'*Enquête sociale et de santé 1998* propose un nouveau[1] modèle théorique pour l'analyse de la santé et du bien-être[2]. La présente enquête est en effet l'occasion d'explorer une approche systémique ou écologique qui constitue une façon ouverte, dynamique et multidimensionnelle d'étudier des problématiques ou des thèmes dans une population. Ce modèle comprend cinq paliers ou niveaux correspondant aux cercles que l'on peut voir à la figure 1 : les caractéristiques de l'individu, son milieu de vie immédiat, son réseau d'appartenance, les conditions sociales et l'environnement physique et, finalement, les normes, valeurs et idéologies dominantes.

---

[1] Soulignons toutefois que l'ancien modèle (déterminants – état de santé – conséquences) s'inscrit dans le présent modèle.

[2] CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

Figure 1
Modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être



La réforme du système de la santé et des services sociaux est basée sur une approche qui met « au cœur de la réforme, le citoyen ». Le premier palier du modèle systémique reprend l'idée en faisant des caractéristiques de l'individu, unité de base de la population, le noyau central du modèle. Les autres paliers reprennent les deux premières convictions gouvernant la politique québécoise (MSSS, 1992), selon laquelle « la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu [...et] reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective ». Chaque palier de ce modèle peut être considéré comme un système ouvert, en interaction avec les autres.

Cette première application du modèle systémique à l'*Enquête sociale et de santé 1998* comporte toutefois des limites. Malgré l'ampleur de l'information présentée dans le présent rapport, celle-ci ne constitue qu'une partie des données disponibles. Pour diffuser les résultats de l'enquête dans un délai raisonnable, on a dû s'en tenir à une analyse descriptive des résultats. En outre, les enquêtes de santé ont, en général, beaucoup développé les indicateurs qui permettent d'étudier les caractéristiques de l'individu; mais, plus on s'éloigne du noyau central du modèle, moins les indicateurs relèvent de domaines familiers aux chercheurs de la santé et des services sociaux. Ce déséquilibre en faveur des caractéristiques de l'individu (niveau 1) se reflète sur la structure générale du rapport.

Structure du rapport

Un premier chapitre, portant sur les méthodes utilisées dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, traite des procédures de collecte, de l'échantillon, du traitement des données, de la présentation des résultats, et, finalement, de la portée et des limites de l'enquête.

Suit le chapitre sur les caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques décrivant la population québécoise.

Vient ensuite la présentation des résultats. L'objectif est de décrire les principaux résultats de l'enquête et de faire connaître les données, leurs possibilités et leurs limites. Les utilisateurs pourront dès lors mener des analyses complémentaires adaptées à leurs besoins. Les chapitres qui y sont consacrés sont répartis de façon inégale entre cinq parties distinctes, correspondant aux cinq niveaux du modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être, mais interreliées sur le plan du contenu.

Niveau 1 – Caractéristiques de l'individu

Les habitudes de vie et les comportements préventifs (chapitres 3 à 11) comprennent une gamme étendue de thèmes qui touchent aussi bien la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues que l'alimentation ou l'activité physique. Bien qu'étant davantage une mesure de l'état de santé, le poids corporel est également inclus dans cette catégorie. Deux nouveaux thèmes sont aussi examinés, soit certains comportements sexuels en lien avec l'utilisation du condom, de même que l'association entre l'orientation sexuelle et la santé. Finalement, divers comportements de santé propres aux femmes complètent le portrait.

L'état de santé et de bien-être (chapitres 12 à 18) est établi à partir de la présence de problèmes de santé, d'accidents avec blessures et de limitations d'activité. Il est également décrit à partir de la perception que les personnes ont elles-mêmes de leur état de santé, celle-ci étant d'ailleurs étroitement associée à la présence de manifestations de détresse psychologique, d'idées suicidaires ou de parasuicides, autres sujets abordés dans cette section.

Le recours aux services sociaux et de santé (chapitres 19 à 23) permet de rendre compte de l'accès aux services et de l'utilisation qui en est faite. L'information présentée porte sur le recours aux services suivants : professionnels de la santé et des services sociaux, hospitalisation, chirurgie d'un jour et services posthospitaliers. On y traite aussi de la consommation de médicaments. La vaccination contre la grippe, bien qu'on puisse aussi la considérer comme un comportement préventif, est examinée dans cette section.

Niveau 2 – Milieu de vie immédiat

Ménage et famille font l'objet d'une description quant à l'évolution observée au cours des années (chapitre 24). On s'intéresse particulièrement aux différents types de familles comprenant des enfants mineurs et à la santé des parents.

Niveau 3 – Réseau d'appartenance

Le milieu social est ici pris au sens de l'environnement de soutien et des relations interpersonnelles que les individus entretiennent avec leur entourage (chapitre 25).

Le milieu de travail auquel on appartient peut présenter des risques, tant psychologiques que physiques, pour la santé et le bien-être. Les chapitres 26 et 27 en font état.

Niveau 4 – Conditions sociales et environnement physique

Ce niveau a trait aux politiques, aux programmes et aux services dont la population ou certains sous-groupes peuvent se prévaloir ainsi qu'aux mesures environnementales touchant l'ensemble des collectivités. Ainsi, la couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé (chapitre 28) permet à la population assurée d'avoir accès à des services sociaux et de santé peu ou pas couverts par le régime d'assurance public.

Niveau 5 – Normes, valeurs et idéologies dominantes

Les valeurs spirituelles et la pratique religieuse sont explorées à titre de facteurs pouvant être associés à l'état de santé et de bien-être (chapitre 29).

Une conclusion générale tente finalement d'intégrer les éléments les plus marquants de ces chapitres.

Chaque chapitre comprend quatre parties. L'introduction présente d'abord le thème en précisant l'intérêt des données d'enquête dans ce champ de connaissances. Les aspects méthodologiques sont ensuite abordés pour définir les variables d'analyse et discuter de la portée et des limites des données. Après la description des résultats, la conclusion présente une synthèse, en plus de dégager les pistes de recherche et de soumettre quelques éléments de réflexion pour la planification.

Le présent document constitue le rapport général des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Près de 75 chercheurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, des Régies régionales de la santé et des services sociaux et de leurs directions de santé publique, du milieu universitaire et des secteurs connexes, sans compter une cinquantaine de lecteurs externes associés à ces travaux, ont collaboré à la rédaction du présent rapport. Regroupés selon leur champ d'expertise, ils en ont rédigé les divers chapitres. Pour assurer une certaine homogénéité à l'ensemble, la Direction Santé Québec de l'ISQ a toutefois fixé les balises des plans d'analyse et mis un comité de révision/rédaction sur pied. La Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ[3] a déterminé les modalités de l'analyse statistique et les normes de présentation des données.

En continuité avec le présent rapport, des monographies s'ajouteront graduellement.

De plus, l'enquête ayant recueilli des données représentatives des régions, des rapports ont été élaborés par chacune des Régies régionales de la santé et des services sociaux selon les besoins propres à chaque région.

Signalons finalement que l'*Enquête sociale et de santé 1998* a servi d'enquête « locomotive » à une série de volets complémentaires. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité*, l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* et l'*Enquête sur l'activité physique et la santé* ont toutes trois été réalisées, face à face ou au téléphone selon le cas, auprès de sous-échantillons des répondants de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. À ces enquêtes se sont ajoutés deux questionnaires téléphoniques plus succincts, l'un portant sur un indice synthétique de santé de la population (*SF 36*), et l'autre visant à mesurer l'effet sur les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de la tempête de verglas survenue au début de la collecte des données. Ces volets complémentaires feront l'objet de publications au cours des prochains mois.

[3] Antérieurement au 1er avril 1999, il s'agissait de la Direction de la méthodologie du Bureau de la statistique du Québec.

Chapitre 1
Méthodes

Carole Daveluy
Nathalie Audet
Direction Santé Québec

Robert Courtemanche
France Lapointe
Luc Côté
Jimmy Baulne
Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales

Institut de la statistique du Québec

Introduction

Ce premier chapitre traite des grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Sont d'abord présentées les procédures de collecte, sous l'angle des instruments utilisés, du prétest, du plan de sondage et de la méthode de collecte des données, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon qui en résulte. On y décrit brièvement ensuite les étapes du traitement des données : la validation et la pondération des données recueillies, de même que les méthodes d'analyse retenues pour ce rapport. Les normes de présentation des résultats sont également précisées et le chapitre se termine par un rappel de la portée et des limites inhérentes à ce type d'enquête. Pour de plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques, le lecteur est invité à consulter le cahier technique et méthodologique de l'enquête (à paraître).

1.1 Procédures de collecte

Pour une meilleure connaissance du contexte dans lequel s'est déroulée l'*Enquête sociale et de santé 1998*, mentionnons que le fait d'annexer des enquêtes additionnelles[1] sous forme de volets complémentaires à cette enquête, déjà complexe en soi, accroissait d'autant les risques pour l'ensemble du processus. Le fardeau imparti aux répondants et aux intervieweurs aurait pu avoir des conséquences négatives sur les taux de réponse et la qualité du travail, mais la formation rigoureuse sur les instruments de l'enquête ainsi que le professionnalisme et l'expérience des intervieweurs ont permis d'assurer le succès du projet. Par ailleurs, l'*Enquête sociale et de santé 1998* a également été l'occasion d'expérimenter une nouvelle procédure de collecte, puisque l'entrevue auprès du répondant du ménage était assistée par ordinateur portable et que le transfert de ces données s'effectuait par modem.

1.1.1 Instruments de collecte des données

Les instruments de l'enquête ont été élaborés avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les outils principaux, le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire autoadministré (QAA), ont été repris des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, mais

[1] L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité*, l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* et l'*Enquête sur l'activité physique et la santé* ont toutes trois été réalisées, face à face ou au téléphone selon le cas, auprès des répondants de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

adaptés aux objectifs de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. En général, on a conservé le libellé exact des questions afin d'assurer la comparabilité des données entre les enquêtes. Toutefois, il est arrivé occasionnellement d'abandonner certaines questions au profit d'indicateurs actuels, comparables à plus grande échelle, et ce, au risque de briser la comparabilité de la présente enquête avec celle des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La section « Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec » des chapitres en fait état. Plusieurs sujets sont cependant étudiés pour la première fois. De nouvelles questions ont été proposées à cet effet par les groupes d'analyse; dans ce cas, les questions déjà validées ou provenant d'autres enquêtes populationnelles ont été privilégiées, sinon, les questions conçues expressément pour l'enquête ont été approuvées par le comité d'orientation et par le comité scientifique de l'enquête.

Le QRI débute par une section d'identification (annexe 2). Celle-ci contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue. Après cette section, on recueille des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ce dernier devait être âgé d'au moins 18 ans et être en mesure de répondre à des questions sur la santé pour chacun des membres du ménage. Les thèmes déjà présents dans les deux enquêtes antérieures sont l'incapacité et la limitation d'activité, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures ainsi que les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques. S'ajoutent à cette liste les problèmes de santé de même que la vision et l'audition qui n'avaient pas été étudiés depuis 1987. Les sujets suivants sont examinés pour la première fois en 1998 : les chirurgies d'un jour et les hospitalisations, certains symptômes respiratoires, la couverture des frais de santé par une assurance privée, la sécurité alimentaire et l'air ambiant au domicile.

La dernière section du QRI (section XVI[2]) permet de sélectionner les sujets visés par l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité* . Par ailleurs, quelques questions de la section d'identification servent à distinguer les femmes visées par l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux*.

L'informatisation du QRI a été confiée à la firme INFO 01. L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a toutefois été associé étroitement à chacune des étapes de la réalisation et de la validation de l'instrument informatisé.

Reprenant les sujets déjà présents dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993, le QAA destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool, de drogues ou autres substances psychoactives, alimentation, activité physique, poids corporel), l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, certains comportements de santé propres aux femmes et les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques (annexe 3). De nouvelles sections portant sur le service Info-Santé CLSC, la sexualité (incluant une question sur l'orientation sexuelle) et le problème auditif que constituent les acouphènes font partie du QAA de 1998. Par ailleurs, on a élaboré davantage la section sur le travail et ajouté des questions sur les valeurs spirituelles.

1.1.2 Prétest

Étant donné la nouveauté que constituaient, pour la très grande majorité des intervieweurs, la manipulation d'un ordinateur, le transfert des données par voie de modem et l'utilisation du QRI informatisé, il était autant essentiel de prétester la formation que les procédures de collecte des données. À la fin de l'été 1997, un

---

[2] Ne faisant pas partie de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, cette section est absente du QRI présenté en annexe.

prétest a été effectué par le Groupe Léger & Léger inc., la firme de sondage chargée de la collecte des données, pour vérifier le déroulement des opérations prévues et déterminer les dernières corrections devant être apportées aux instruments de l'enquête. Une attention particulière a été apportée aux difficultés relatives à la collecte assistée par ordinateur. Ce prétest a eu lieu auprès de 251 ménages, dont 50 ménages anglophones, en provenance de Laval, de la rive nord avoisinante et de différents quartiers de la région sociosanitaire de Montréal-Centre.

1.1.3 Plan de sondage

La population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* est celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite. Un ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel ailleurs.

Sauf exception[3], tous les membres des ménages privés sont visés. Par ailleurs, les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux sont exclues de la population visée. Ces personnes représentent environ 1,7 % de l'ensemble de la population québécoise. Finalement, les personnes habitant des réserves indiennes ne sont pas considérées ici. En tout, la population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente 97,3 % de l'ensemble de la population québécoise.

L'ensemble du territoire où vit cette population a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Celles-ci correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1991. Les UPE peuvent correspondre tantôt à une municipalité, tantôt à un pâté de maisons ou même parfois à un immeuble d'appartements. L'ensemble de ces unités forme le premier niveau de la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. En tout, on dénombre 16 régions sociosanitaires et 12 aires homogènes (tableau 1.1). Ces dernières sont obtenues en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A) et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socioéconomiques associées à l'état de santé : une aire vulnérable (1), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). La définition des aires homogènes se fait à partir de variables socioéconomiques obtenues du recensement de 1991. Pour plus de détails à ce sujet, on peut se référer à Pampalon et autres (1998).

À l'intérieur de chaque strate, l'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire d'UPE a été choisi avec probabilités proportionnelles au nombre de ménages privés recensés en 1991. Ensuite, on a procédé à l'énumération des logements privés pour établir une liste exhaustive des logements appartenant à chaque UPE sélectionnée. Les listes ainsi constituées forment le second niveau de la base de sondage. On y a tiré de façon systématique des logements à partir d'un point de départ aléatoire.

---

[3] Notamment, les représentants de gouvernements étrangers et leur famille et les visiteurs étrangers ne sont pas visés par l'enquête.

Tableau 1.1
Répartition de l'échantillon des logements selon la région sociosanitaire et l'aire homogène, Enquête sociale et de santé 1998

	Aires homogènes												
	M1	M2	M3	C1	C2	C3	A1	A2	A3	R1	R2	R3	Total
Région sociosanitaire													
Bas-Saint-Laurent	–	–	–	–	–	–	120	280	120	120	160	–	800
Saguenay–Lac-Saint-Jean	–	–	–	200	240	20	60	140	40	40	60	–	800
Québec	–	–	–	110	400	190	–	60	–	–	40	–	800
Mauricie–Centre-du-Québec	–	–	–	70	150	20	100	220	60	40	140	–	800
Estrie	–	–	–	90	280	50	40	100	40	40	100	60	800
Montréal-Centre	690	1 030	540	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2 260
Outaouais	–	–	–	90	370	180	–	40	–	80	180	40	980
Abitibi-Témiscamingue	–	–	–	–	–	–	180	300	120	90	120	–	810
Côte-Nord	–	–	–	–	–	–	150	360	180	60	60	–	810
Nord-du-Québec	–	–	–	–	–	–	120	480	–	–	80	–	680
Gaspésie–Îles-de-la Madeleine	–	–	–	–	–	–	60	120	–	270	300	60	810
Chaudière-Appalaches	–	–	–	–	190	50	40	200	40	60	180	40	800
Laval	90	660	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	800
Lanaudière	120	240	–	–	–	–	40	140	40	40	140	40	800
Laurentides	100	260	20	–	–	–	60	120	60	40	80	60	800
Montérégie	600	470	90	–	–	–	60	240	120	–	120	80	1 780
Total	**1 600**	**2 660**	**700**	**560**	**1 630**	**510**	**1 [illegible]30**	**2 800**	**820**	**880**	**1 760**	**380**	**15 330**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme mentionné précédemment, sauf quelques exceptions, toutes les personnes appartenant au ménage privé résidant dans les logements choisis sont visées par l'enquête. Il n'y a donc pas de tirage aléatoire à ce niveau puisque toutes les personnes font partie de l'échantillon.

La taille totale de l'échantillon des logements et sa répartition par strate ont été établies de manière à obtenir :

- des échantillons régionaux d'au moins 800 logements (sauf pour la région du Nord-du-Québec dont la taille de l'échantillon a été fixée à 680 logements[4]) pour permettre des analyses régionales;
- des échantillons plus considérables pour les régions plus populeuses telles que Montréal-Centre et la Montérégie pour augmenter la précision des estimations nationales;
- des unités supplémentaires permettant de répondre à des objectifs définis par les intervenants des régions eux-mêmes.

Avec ces critères, la taille totale de l'échantillon a été déterminée initialement à 15 330 logements. Ceux-ci sont regroupés en 1 092 UPE comportant chacune un échantillon de 10, 20, 30 ou 40 logements, ce nombre étant fixé selon la région sociosanitaire et la zone. La répartition par strates de l'échantillon initial de logements est présentée au tableau 1.1.

[4] Le taux d'échantillonnage très élevé des UPE de cette région permet quand même d'obtenir des précisions semblables à celles des autres régions.

Il est à noter que le rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population au recensement de 1991 varie d'une région à l'autre : il passe de 0,30 % pour la région de Montréal-Centre à 10,78 % pour le Nord-du-Québec (tableau 1.2).

Par ailleurs, afin de tenir compte le mieux possible d'éventuelles variations saisonnières des caractéristiques sociosanitaires de la population, l'échantillon total a été réparti en quatre périodes de collecte disjointes qui s'étalent sur l'entièreté de l'année 1998. Il s'agit de périodes de trois mois chacune soit : janvier à mars, avril à juin, juillet à septembre et octobre à décembre. Pour chaque période, la taille de l'échantillon par strate est similaire.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a donc un plan de sondage stratifié par région et par aires homogènes à deux degrés d'échantillonnage : les UPE puis les logements. Par ailleurs, la répartition de l'échantillon des logements par strate est faite de façon non proportionnelle puisqu'elle ne correspond pas à la répartition trouvée dans la population. Finalement, les personnes interrogées sont concentrées au niveau d'un ménage privé.

1.1.4 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de janvier 1998 à décembre 1998, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements reliés aux habitudes de vie. Une période d'énumération des logements des UPE sélectionnées précédait chaque période de collecte.

Tableau 1.2
Distribution de la population selon le recensement de 1991, distribution de l'échantillon des logements et rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population selon la région sociosanitaire, Enquête sociale et de santé 1998

	Distribution de la population	Distribution de l'échantillon	Rapport
	%		
Région sociosanitaire			
Bas-Saint-Laurent	2,8	5,2	1,08
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3,7	5,2	0,82
Québec	9,3	5,2	0,33
Mauricie–Centre-du-Québec	6,7	5,2	0,45
Estrie	3,9	5,2	0,78
Montréal-Centre	28,9	14,7	0,30
Outaouais	4,0	6,4	0,93
Abitibi-Témiscamingue	2,1	5,3	1,49
Côte-Nord	1,2	5,3	2,50
Nord-du-Québec	0,2	4,4	10,78
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,4	5,3	2,26
Chaudière-Appalaches	4,9	5,2	0,62
Laval	4,3	5,2	0,70
Lanaudière	4,4	5,2	0,68
Laurentides	5,4	5,2	0,57
Montérégie	16,6	11,6	0,41
Total	**100,0**[1]	**100,0**[1]	**0.58**

1. Puisque les distributions ont été arrondies, le total n'égale pas la somme des parties.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.
Statistique Canada, *Recensement canadien de 1991* (pour la distribution de la population).

Cette tâche incombait à l'intervieweur et consistait à établir une liste exhaustive des logements privés présents dans l'UPE au moment de l'enquête. Par ailleurs, 10 % des UPE ont été énumérées de façon indépendante par un deuxième intervieweur afin de s'assurer de la qualité du travail effectué. Une vérification systématique du travail d'énumération de toutes les UPE a été effectuée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Au besoin, les intervieweurs retournaient sur le terrain. C'est à partir d'une liste validée de logements produite après ces étapes de vérification que l'ISQ sélectionnait des logements.

Rappelons que le ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement sélectionné comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel ailleurs. Sauf exception, on recueillait des informations sur tous les membres du ménage privé. Ainsi, dans chaque ménage privé habitant un logement sélectionné, une entrevue assistée par ordinateur a été effectuée avec un répondant clé âgé de 18 ans et plus; une fois que l'entrevue était terminée et que l'informateur clé du ménage avait répondu au QAA, l'intervieweur lui remettait un montant de 15 $. Les autres personnes de 15 ans et plus étaient en outre invitées à remplir chacune un QAA. Selon leur disponibilité, elles étaient encouragées à s'acquitter de cette tâche pendant la visite de l'intervieweur, sinon celui-ci retournait au domicile au cours des jours suivants pour récupérer les questionnaires remplis (souvent à l'occasion des entrevues réalisées pour l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité)*. Dans tous les cas, le questionnaire rempli par le répondant était placé dans une enveloppe cachetée avant que celle-ci ne soit remise à l'intervieweur.

Lorsque aucun membre du ménage n'était présent au logement sélectionné, l'intervieweur devait tenter, au moins à six reprises, d'établir le contact en prenant soin de varier l'heure et le jour de ses tentatives. Les ménages pour lesquels aucun adulte ne pouvait s'exprimer en français ou en anglais - ne pouvant donc répondre aux questions du QRI - étaient exclus de l'échantillon et considérés comme des non-répondants, tout comme, pour le QAA, les individus de 15 ans et plus ne sachant lire aucune des deux langues.[5]

Comme mentionné précédemment, la gestion de la collecte des données a été confiée au Groupe Léger & Léger inc., par suite d'un appel d'offres; l'ISQ a toutefois été associé étroitement à chacune des étapes de réalisation de la collecte et a assuré un contrôle régulier des activités. La firme de sondage a mis en place une équipe de gestion, secondée par des coordonnatrices régionales qui devaient assurer la bonne marche de l'enquête dans leur région respective. Ces coordonnatrices ont participé au recrutement et à la sélection des intervieweurs de leur région, soit de 100 à 110 intervieweurs pour l'ensemble du Québec, bien qu'au total près de 170 personnes aient été recrutées en cours d'année.

Les coordonnatrices régionales ont participé à deux séances intensives de formation, l'une sur l'énumération, d'une durée de trois jours, et l'autre sur les objectifs de l'enquête, ses modalités, les instruments utilisés, la familiarisation avec l'ordinateur, les techniques d'entrevue et leur rôle de coordination, d'une durée de onze jours. Elles étaient ensuite chargées de la formation des intervieweurs de leur équipe, à laquelle étaient présents, en région, les responsables du projet pour la firme de sondage de même que des représentants de l'ISQ.

À la fin de chaque période de collecte, des réunions regroupant l'équipe de gestion du Groupe Léger & Léger inc., des représentants de l'ISQ, ainsi que les coordonnatrices, permettaient de faire le point sur le déroulement de l'enquête et d'apporter les ajustements nécessaires.

Lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, la vérification du travail effectué par les intervieweurs

---

[5] Au total, 69 ménages (QRI) et 111 individus de 15 ans et plus (QAA) n'ont pas été interviewés pour cette raison.

constituait un aspect essentiel et primordial de la tâche des coordonnatrices, dont la vérification minutieuse des QRI qui se présentaient alors sous format papier. L'informatisation du QRI a eu un impact important sur le rôle joué par les coordonnatrices dans l'enquête de 1998, puisque ce rôle a davantage porté sur la gestion de leur équipe d'intervieweurs (suivi, soutien et transmission des demandes de corrections signalées par l'équipe du Groupe Léger & Léger inc. et par l'ISQ). En effet, les données informatisées recueillies lors des entrevues avec les répondants des ménages étaient acheminées quotidiennement au serveur de la firme de sondage, à Montréal, sans passer par l'intermédiaire des coordonnatrices. Le transfert des données s'effectuait durant la nuit, par modem (voie téléphonique), à partir du domicile de chacun des intervieweurs. Quant aux QAA, remis par les répondants sous enveloppe scellée, ils étaient acheminés par messagerie à la firme de sondage, comme ce fut le cas lors des enquêtes précédentes.

1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse

Non-réponse totale

Au total, 15 409 logements ont été sélectionnés, soit 15 330 logements sélectionnés *a priori* auxquels se sont ajoutés 79 logements découverts au moment de la collecte lorsqu'il y avait plus d'un logement à l'adresse sélectionnée. Parmi ces 15 409 logements, 1 292 n'étaient pas admissibles à l'enquête, principalement parce qu'il s'agissait de logements vacants au moment de l'enquête (727 logements), de logements saisonniers (193) ou de logements occupés par des personnes ne devant pas répondre à cette enquête (180), par exemple les représentants de gouvernements étrangers et leur famille (tableau 1.3).

Tableau 1.3
Répartition des logements selon les résultats de la collecte, Enquête sociale et de santé 1998

	Résultats observés		Résultats pondérés
	Nombre	Non pondérés	
		%	
Logements contenant un ménage admissible			
Ménage répondant	11 986	77,8	82,1
Refus du ménage	1 510	9,8	12,3
Pas de réponse	246	1,6	2,1
Impossibilité d'interview à cause de décès, maladie ou autres	105	0,7	0,9
Ménage temporairement absent	82	0,5	0,8
Aucune personne du ménage ne parle le français ou l'anglais	69	0,4	0,7
Autres	119	0,8	1,1
Sous-total	14 117	91,6	100,0
Logements non admissibles			
Logement vacant	727	4,7	...
Logement saisonnier	193	1,3	...
Logement occupé par des personnes ne devant pas répondre	180	1,2	...
Logement inscrit par erreur en énumération	86	0,6	...
Logement démoli	45	0,3	...
Logement non résidentiel	38	0,2	...
Logement en construction	23	0,1	...
Sous-total	1 292	8,4	...
Total	**15 409**	**100,0**	**100,0**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Des 14 117 ménages admissibles à l'enquête, 11 986 ont répondu au questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QRI); ces ménages abritent un total de 30 386 personnes de tous âges. De ce nombre, 24 127 individus étaient âgés de 15 ans et plus. Ils étaient donc admissibles au questionnaire autoadministré (QAA) et 20 773 d'entre eux y ont répondu. Le nombre de répondants au QRI et au QAA selon l'âge et le sexe est présenté au tableau 1.4.

Tableau 1.4
Nombre de répondants au QRI et au QAA selon le sexe et l'âge, Enquête sociale et de santé 1998

	Nombre de répondants au QRI	Nombre de répondants au QAA
Hommes		
0-14 ans	3 175	...
15-24 ans	2 177	1 694
25-44 ans	4 603	3 882
45-64 ans	3 628	3 066
65 ans et plus	1 311	1 097
Total	**14 894**	**9 739**
Femmes		
0-14 ans	3 084	...
15-24 ans	2 191	1 893
25-44 ans	4 839	4 395
45-64 ans	3 675	3 295
65 ans et plus	1 703	1 451
Total	**15 492**	**11 034**
Sexes réunis		
Total	**30 386**	**20 773**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le taux de réponse à un instrument de collecte est défini comme étant le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles à cet instrument de l'enquête. Dans la présente enquête, comme toutes les unités n'ont pas la même probabilité d'être choisies, il est préférable de considérer un taux de réponse établi sur la base des données pondérées par l'inverse de cette probabilité. Ce taux est ainsi comparable à tout taux de réponse pondéré d'une enquête sur la même population, indépendamment de la répartition de l'échantillon.

Pour le QRI, le taux de réponse global est établi sur la base des ménages admissibles et s'élève environ à 82 % (tableau 1.5). Par rapport à l'enquête de 1992-1993, où le taux de réponse pondéré était de 87 %, on note une certaine baisse qui s'explique par la charge de travail accrue des intervieweurs en raison des volets supplémentaires ajoutés à l'enquête sociale et de santé de base. La principale raison de la non-réponse à ce questionnaire demeure le refus du ménage (environ 70 % des non-répondants), tandis que près de 15 % des non-répondants sont en fait des ménages n'ayant pas pu être rejoints (pas de réponse ou ménage temporairement absent), et ce, malgré plusieurs tentatives. Par ailleurs, le taux de réponse au QRI varie légèrement en fonction de la période de collecte et de la région sociosanitaire (tableaux 1.5 et 1.6).

Les personnes ayant répondu au QRI et qui étaient admissibles au QAA, c'est-à-dire celles âgées de 15 ans et plus, ont répondu dans une proportion de 84 % (tableau 1.5), cette proportion étant établie sur la base des données pondérées. Cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade. Il se définit par le produit du taux de réponse au QRI et de cette proportion de 84 %. Le taux ainsi calculé est de 69 %, ce qui est légèrement inférieur à celui obtenu à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (74 %) étant donné les résultats enregistrés au QRI. Il va sans dire que la proportion pondérée de répondants par rapport aux personnes admissibles n'est pas la même d'une période de collecte à une autre et d'une région sociosanitaire à l'autre (tableaux 1.5 et 1.6). On enregistre notamment des taux de réponse au QAA plus faibles dans les régions de Montréal-Centre, de Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de Laval.

Tableau 1.5
Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la région sociosanitaire, Enquête sociale et de santé 1998

	Taux de réponse pondéré au QRI	Proportion pondérée de répondants au QAA	Taux de réponse pondéré au QAA
		%	
Région sociosanitaire			
Bas-Saint-Laurent	87,0	86,3	75,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	95,2	93,4	88,9
Québec	79,6	84,7	67,4
Mauricie–Centre-du-Québec	88,8	85,2	75,7
Estrie	87,2	92,8	80,9
Montréal-Centre	77,5	77,0	59,7
Outaouais	85,6	85,8	73,4
Abitibi-Témiscamingue	94,0	92,7	87,1
Côte-Nord	93,5	89,1	83,3
Nord-du-Québec	91,0	88,4	80,4
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	86,4	79,1	68,3
Chaudières-Appalaches	86,2	89,4	77,1
Laval	83,0	79,8	66,2
Lanaudière	82,8	86,4	71,5
Laurentides	87,7	85,9	75,3
Montérégie	76,1	85,6	65,1
Ensemble du Québec	**82,1**	**84,0**	**69,0**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 1.6
Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la période de collecte, Enquête sociale et de santé 1998

	Taux de réponse pondéré au QRI	Proportion pondérée de répondants au QAA	Taux de réponse pondéré au QAA
		%	
Période de collecte			
Janvier 1998 – mars 1998	78,6	87,6	68,9
Avril 1998 – juin 1998	81,2	83,6	67,9
Juillet 1998 – septembre 1998	84,7	82,8	70,1
Octobre 1998 – décembre 1998	84,2	81,8	68,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Il existe, par ailleurs, d'autres sources de variabilité de la proportion pondérée de répondants par rapport aux personnes admissibles au QAA. L'âge et le sexe en sont deux : les personnes de 15 à 24 ans et celles de 65 ans et plus répondent en moins grande proportion que les 25-64 ans et les hommes sont également davantage représentés parmi les non-répondants (tableau 1.7). Certains ajustements sont cependant faits dans la présente enquête pour minimiser l'effet potentiellement néfaste de la non-réponse totale sur les estimations produites (voir la section 1.2.2).

Tableau 1.7
Proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, Enquête sociale et de santé 1998

	Proportion pondérée de répondants au QAA
	%
Hommes	81,0
Femmes	86,9
Sexes réunis	
15-24 ans	81,0
25-44 ans	85,3
45-64 ans	84,8
65 ans et plus	82,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Non-réponse partielle

Non-réponse partielle et estimations de proportions et de moyennes

En plus de la non-réponse totale, il faut tenir compte dans les estimations de la non-réponse à chacune des questions; on parle alors de non-réponse partielle. L'ampleur de ce phénomène est mesurée par le taux de non-réponse partielle défini comme étant le rapport entre le nombre pondéré de répondants à une question donnée et le nombre pondéré de personnes devant y répondre. Au QRI, les taux de non-réponse partielle sont généralement faibles étant donné la présence de l'intervieweur, sauf pour la question détaillée sur le revenu du ménage qui entraîne près de 11 % de non-réponse partielle à l'indice de suffisance de revenu (voir chapitre 2). Ceci a d'ailleurs justifié le recours à l'imputation des données manquantes[6].

Par contre, le QAA, que le répondant remplit lui-même, est plus susceptible de présenter des difficultés sur le plan de la non-réponse partielle, c'est pourquoi une analyse plus générale de la non-réponse partielle au QAA[7] a été faite. Celle-ci révèle que la non-réponse partielle est généralement faible, mais peut parfois atteindre des seuils critiques. En outre, l'analyse montre que de façon générale, les personnes qui se sont abstenues de répondre à des questions sont moins scolarisées ou plus âgées (65 ans et plus). On compte aussi, parmi les non-répondants, une plus grande proportion de personnes sans emploi ou qui sont nées à l'extérieur du Canada que parmi les répondants.

Que ce soit pour des variables du QRI ou du QAA, les analyses subséquentes présentées dans le présent rapport font état des cas où le taux de non-réponse partielle est supérieur à 5 % et pour lesquels on a procédé à un examen plus détaillé. On présente dans la section « Aspects méthodologiques » de chaque chapitre les taux de non-réponse partielle des variables principales et leur effet éventuel sur les résultats. Les estimations de proportions ou de moyennes produites ne comportent donc pas de correction pour la non-réponse partielle qui est en général faible.

Non-réponse partielle et populations estimées

Bien que la majorité des estimations produites dans le présent rapport soient des proportions ou des moyennes, on y présente également des estimations de tailles de population en milliers (Pe '000 dans les tableaux). En général, il s'agit d'estimations du nombre de personnes dans une population de référence touchées par un phénomène donné, par exemple le tabagisme, la consommation d'alcool... Pour de telles estimations, un taux de non-réponse partielle, aussi minime soit-il, entraîne un biais équivalent dans l'estimation produite.

Les estimations de populations ont donc été produites en effectuant une correction pour la non-réponse partielle par groupe d'âge et sexe, deux variables

[6] Voir le cahier technique de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (à paraître) pour des détails à ce sujet.

[7] Le cahier technique (à paraître) fournit des informations supplémentaires à ce sujet.

connues pour tous les répondants et qui sont associées au phénomène de non-réponse de même qu'aux caractéristiques sociosanitaires de la population.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation

Autant pour le QAA que pour le QRI, les premières vérifications du contenu des questionnaires ont été effectuées par la firme de sondage, le Groupe Léger & Léger inc. De plus, un minimum de 10 % des ménages de chaque intervieweur ont fait l'objet d'une entrevue de contrôle par les intervieweurs de l'équipe téléphonique, ceci en vue de vérifier la qualité des renseignements recueillis au domicile des répondants.

L'informatisation du QRI a réduit de beaucoup le temps nécessaire à la codification. Les questions ouvertes ont toutefois nécessité le recours à des codeurs spécialisés : pharmaciens pour la codification des médicaments, archivistes médicaux pour les problèmes de santé et codeurs d'expérience pour les professions et secteurs d'activité. Les cas litigieux étaient soumis aux responsables de l'ISQ; au besoin, des appels téléphoniques étaient faits aux répondants des ménages.

Une équipe distincte de codeurs était affectée aux QAA pour lesquels une procédure prédéfinie a été suivie, quoique la construction de ces questionnaires comportait un précodage. Les QAA faisaient ensuite l'objet d'une double saisie informatique.

La validation de la banque de données s'est faite en plusieurs étapes et différemment pour les deux instruments. La liste des codes valides ayant été intégrée préalablement au logiciel du QRI, celui-ci effectuait une validation automatique lors de la saisie des réponses par l'intervieweur en lui signalant l'inscription d'un code erroné lorsque c'était le cas. Chaque réponse était ainsi vérifiée avant d'être acceptée. De plus, le logiciel gérait les sauts de questions sans que l'intervieweur n'ait à intervenir.

En ce qui concerne le QAA, dont les réponses étaient écrites par le répondant, la firme de sondage a procédé à ce même type de vérifications lors de la codification et de la saisie des données.

Les fichiers des deux questionnaires ont ensuite été acheminés à l'ISQ dont les premières vérifications ont porté sur divers aspects relatifs à la gestion de l'échantillon et de la collecte (concordance entre la liste des ménages fournie par la firme et l'échantillon initial, codes de non-réponse ou d'inadmissibilité pour les ménages ou individus non répondants et nombre de questionnaires remplis au niveau de l'ensemble du Québec et des régions). Des vérifications faites à l'aide de données sur l'âge et le sexe des répondants ont permis de s'assurer que les restrictions associées aux questions ou aux sections s'adressant à un sous-groupe d'individus avaient été respectées. En deuxième lieu, les vérifications des validations dont la firme de sondage était responsable ont été faites. Finalement, des validations supplémentaires ont été faites sur la cohérence des données à l'aide d'une série de croisements complexes entre les questions, et à une validation interinstruments.

1.2.2 Pondération

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur, un poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population, pour chacun des instruments de collecte de l'enquête. Chaque répondant se voit donc ici attribuer des facteurs de pondération différents au QRI et au QAA.

Dans le cas de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le calcul du poids du répondant à un questionnaire s'est fait en trois étapes. Dans un premier temps, un poids initial a été établi pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population étudiée : ce poids est défini par l'inverse de la probabilité de sélection du ménage.

Ce poids initial a ensuite été ajusté pour tenir compte de la non-réponse totale au questionnaire. Pour le QRI, cet ajustement s'est effectué au niveau de l'UPE ou d'un regroupement d'UPE selon les régions. C'est donc dire que le poids initial a été multiplié par l'inverse du taux de réponse pondéré observé au sein de l'UPE ou du regroupement d'UPE. Pour le QAA, des classes d'ajustement ont été définies à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de répondre. Pour ce faire, l'algorithme CHAID (*Chi-Square Automatic Interaction Detection*/ détection automatique d'interactions du khi deux) mis au point par Kass (1980) a été utilisé. La construction des classes d'ajustement pour la non-réponse totale au QAA a été faite séparément pour chacune des régions sociosanitaires. Bien que le modèle pouvait différer d'une région à une autre, des variables comme « être ou non le répondant clé du ménage », « avoir ou non consommé des médicaments prescrits », la période de collecte, le lieu de naissance, le groupe d'âge et le sexe ont souvent été liées au fait de répondre ou non (tableaux 1.7 et 1.8).

Tableau 1.8
Proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus selon le type de répondant, le type de consommation de médicaments et le lieu de naissance, Enquête sociale et de santé 1998

	Proportion pondérée de répondants au QAA
	%
Type de répondant	
Répondant clé	89,1
Autre répondant	78,8
Type de médicaments consommés	
Au moins un médicament prescrit	86,8
Tous non prescrits	87,0
Aucun médicament	80,3
Lieu de naissance	
Au Québec	85,8
Ailleurs au Canada	82,6
À l'extérieur du Canada	66,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La troisième étape de la pondération permet de s'assurer que la distribution des répondants selon l'âge, le sexe et la région sociosanitaire est conforme à celle de la population visée par l'enquête. Les données utilisées pour cet ajustement proviennent des estimations de la population vivant en ménage privé tenant compte du sous-dénombrement au recensement canadien de 1996, à partir desquelles la Direction des statistiques sociales et démographiques de l'ISQ a fait une projection pour l'année 1998.

Pour le QRI, l'ajustement à la population a été fait en s'assurant que tous les individus d'un même ménage aient des poids identiques. Cette façon de faire correspond en effet davantage à la collecte des données du QRI pour lequel tous les membres d'un même ménage sont enquêtés par l'intermédiaire d'un seul répondant clé qui fournit les réponses pour tous. La macroprocédure SAS CALJACK de Statistique Canada (Bernier et Lavallée, 1994) a permis de calculer les nouveaux poids.

Pour le QAA, un simple facteur d'ajustement a servi de multiplicateur pour les poids de tous les répondants appartenant à un même groupe d'âge et ayant le même sexe à l'intérieur d'une région sociosanitaire donnée.

Finalement, il est à noter qu'à toutes les étapes de pondération, tant pour le QRI que pour le QAA, une attention particulière a été accordée aux poids extrêmes; des ajustements ont donc été faits pour ramener le plus possible les valeurs jugées aberrantes ou extrêmes à l'intérieur de limites raisonnables.

1.2.3 Analyse

À l'instar des enquêtes antérieures de Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés en général de deux à cinq personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis

sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires, proposé le plan d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces derniers ont été produits par l'ISQ et analysés subséquemment par les groupes.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont essentiellement descriptives. Cette orientation a été retenue pour rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, décideurs et chercheurs. Aux fins de la présente analyse, les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge; cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux des autres enquêtes de Santé Québec, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont en général comparés, ce qui permet de contrôler, le cas échéant, l'effet confondant de ces variables. Par ailleurs, le recours aux données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

Dans la majorité des enquêtes statistiques, les estimations produites sont entachées d'erreurs dites d'échantillonnage, c'est-à-dire celles dues au fait que seulement une partie de la population visée soit enquêtée. La complexité du plan de sondage utilisé pour produire l'échantillon de l'*Enquête sociale et de santé 1998* influence grandement la précision des résultats; une mesure de la précision de chaque estimation est donc nécessaire à l'inférence, c'est-à-dire pour procéder à l'analyse et l'interprétation des résultats avec circonspection.

Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont présentées sans commentaire; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Les coefficients de variation n'ont pas été calculés dans le présent rapport pour les données des enquêtes antérieures (1987 ou 1992-1993), mais si l'on considère des estimations correspondantes, ils devraient être du même ordre de grandeur que ceux de 1998 étant donné que les tailles d'échantillon et les plans de sondage sont équivalents pour les trois enquêtes.

Par ailleurs, une autre mesure de précision, l'effet de plan, renseigne sur la perte ou le gain de précision associé à une estimation attribuable au plan de sondage par rapport à la précision qu'on aurait eue si l'on avait tiré un échantillon aléatoire simple de même taille. Étant donné le très grand nombre d'estimations produites dans ce rapport, des effets de plan moyens ont été calculés pour quelques catégories de variables homogènes par rapport à la variance.

En ce qui concerne le QRI, pour les estimations portant sur les personnes, quatre catégories de variables ont été formées et les quatre effets de plan moyens correspondants ont été produits. L'effet de plan moyen principal associé à la catégorie de variables regroupant la majorité des phénomènes étudiés s'élève à 2,1. Ceci signifie que les quelque 30 386 répondants au QRI permettent d'établir des estimations ayant une précision équivalente à celle qu'un échantillon aléatoire simple de 14 470 personnes aurait fournies. Pour le QAA, trois catégories de variables ont été construites et trois effets de plan moyens ont été calculés. Pour la majorité des caractéristiques étudiées, un effet de plan moyen de 2,0 est obtenu. Par ailleurs, des effets de plan spécifiques ont aussi été calculés pour les estimations utilisant les ménages, les médicaments ou les problèmes de santé comme unités d'analyse.

Le traitement des mesures catégoriques a d'abord été fait à l'aide d'un test du khi deux. Dans le cas d'un test significatif, on pouvait au besoin procéder à un test de comparaison de proportions. Dans tous les cas, un ajustement au test usuel a été effectué pour tenir

compte de la complexité du plan de sondage[8]. Une approche semblable a également été mise à profit pour le traitement des variables continues.

Des intervalles de confiance ont également servi à l'analyse des données. Leur calcul a aussi été fait en tenant compte du plan de sondage de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ces intervalles ne sont pas indiqués dans ce rapport; le coefficient de variation a plutôt été privilégié pour indiquer la précision des estimations. Le lecteur intéressé à calculer de tels intervalles pour des proportions tirées de cette enquête pourra cependant le faire, dans certains cas, en se servant des tableaux de précision approximative conçus spécialement à cette fin et présentés à l'annexe 4. Ces tableaux ne s'appliquent toutefois qu'à certains paramètres provinciaux.

1.3 Présentation des résultats

Quelques indications générales s'appliquant à l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport sont fournies dans les prochains paragraphes. Elles concernent notamment la formulation générale des résultats et la présentation des estimations.

Tout d'abord, lorsqu'on décrit un indicateur « mesuré » sur une période de référence donnée, on précise en général dans les aspects méthodologiques du chapitre la formulation utilisée dans le questionnaire. Par exemple, les questions pour lesquelles l'année précédente est la période de référence commencent habituellement par « Au cours des 12 derniers mois ». Toutefois, dans la présentation des résultats, on parle alors d'une mesure annuelle ou d'un résultat pour une période d'un an. Dans la mesure du possible, on a donc évité de présenter les estimations en se référant aux 12 mois ayant précédé l'enquête. En effet, puisque la collecte des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* a duré toute une année, les répondants ne se réfèrent pas tous aux mêmes 12 mois. Ainsi, les répondants de la première période de collecte (janvier 1998 à avril 1998) se réfèrent principalement à l'année 1997, alors que ceux de la dernière période (octobre 1998 à décembre 1998) font davantage référence à des événements de 1998.

Par ailleurs, les statistiques fournies dans ce rapport sont établies sur la base d'un échantillon et sont donc entachées d'erreurs. La présentation des résultats rend en général compte de ce fait en utilisant des expressions montrant qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes.

Les proportions et les moyennes présentées ont été arrondies à l'unité quand elles sont mentionnées dans le texte et à une décimale dans les tableaux, à l'exception des proportions inférieures à 5 % pour lesquelles on a aussi conservé une décimale dans le texte. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées sont quant à elles présentées en milliers (Pe '000 dans les tableaux).

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 1 % sont mentionnés dans le texte. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé; ils sont alors exprimés sous forme de « tendances ». Il peut par ailleurs arriver que deux proportions pour lesquelles les estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. On dit dans ce cas qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

Dans le cadre des comparaisons d'indices basées sur les enquêtes de 1987, 1992-1993 et de 1998, des ajustements ont parfois été nécessaires. En effet, la méthode de construction de certains indices peut différer selon les enquêtes. Le cas échéant, la méthode de construction utilisée dans l'enquête de

[8] Le cahier technique de l'enquête (à paraître) donne de plus amples détails sur les corrections utilisées pour les tests.

1998 a été privilégiée. Ainsi, les indices relatifs aux enquêtes précédentes ont été recalculés sur la base de la méthode de construction retenue pour 1998. De plus, dans les rares cas d'estimations faites au niveau du ménage, les données de 1987 et de 1992-1993 ont été révisées à l'aide d'un ajustement à la population semblable à celui fait pour les données de 1998, de sorte que les résultats publiés dans le présent rapport pour ce genre d'estimations peuvent différer de ceux publiés antérieurement.

De nombreux tableaux intègrent des valeurs de tailles de population estimée (Pe '000) qui correspondent en général au nombre estimé de personnes dans la population ou sous-population ayant une caractéristique sociosanitaire donnée. Il s'agit en fait du numérateur de la proportion adjacente présentée dans le tableau. Par exemple, le tableau 4.1 du rapport révèle qu'environ 87,2 % des personnes âgées de 15 à 24 ans sont des buveurs actuels et donc que la population québécoise vivant en ménage privé compte près de 848 000 buveurs actuels de 15 à 24 ans. La plupart des chapitres comportent de telles estimations seulement pour les variables principales qui y sont étudiées. Également, lorsqu'un chapitre traite plus spécifiquement d'une sous-population, les tailles selon l'âge et le sexe correspondant à celle-ci ont été calculées. Rappelons que la méthode de calcul des populations estimées, contrairement aux estimations de proportions et de moyennes, comporte un ajustement pour la non-réponse partielle. Ceci entraîne qu'il n'y a pas de correspondance parfaite entre la proportion et la population estimée qui lui est associée. D'ailleurs, les mises en garde concernant les biais potentiels causés par la non-réponse partielle sur une proportion ne s'appliquent pas nécessairement à l'estimation de la population estimée correspondante.

1.4 Portée et limites de l'enquête

Mentionnons que tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. D'abord, l'enquête utilise un échantillon de taille considérable avec plus de 15 400 ménages, réparti en 4 périodes de collecte couvrant une année entière pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. Ensuite, la collecte a permis d'atteindre, pour chaque instrument, des résultats sur le plan de la réponse totale qui sont plus qu'acceptables : 82 % comme taux de réponse pondéré au QRI et 84 % comme proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus. Ainsi, quelque 12 000 ménages ont été interrogés, ce qui correspond à plus de 30 000 Québécois de tous âges pour les données sur l'ensemble du ménage et à environ 20 750 Québécois pour les données relatives à la population de 15 ans et plus. Par ailleurs, la présence de l'intervieweur et la collecte assistée par ordinateur pour le QRI ont permis, pour ainsi dire, d'éviter la non-réponse partielle. Pour le QAA, qui a globalement été bien complété, la question de la non-réponse partielle a tout de même été examinée pour chaque variable étudiée dans le présent rapport et des indications sur le sens des biais potentiels à considérer dans l'analyse sont fournies dans les chapitres. Finalement, une attention toute particulière a été accordée aux procédures inférentielles utilisées dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Premièrement, des pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte de telle façon que les biais potentiels associés à la non-réponse totale soient minimisés et que l'inférence à la population visée soit fiable. Ces pondérations sont d'ailleurs utilisées dans les analyses des données de l'enquête. Deuxièmement, toutes les mesures de précision et les tests ont été produits en prenant en compte la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Cependant, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et des tests et minimiser les biais, il est impossible, comme pour toutes les enquêtes populationnelles, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale, ou encore, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les

membres du ménage, recueillis au QRI, peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne. Toutefois, dans les faits, ce dernier problème ne s'est pas présenté pour près de 50 % des répondants de 15 ans et plus, c'est-à-dire pour les quelque 11 986 répondants clés que compte l'ensemble des 24 127 adultes visés par le QRI. Quelques cas potentiellement problématiques ont quand même fait l'objet d'un examen attentif; au besoin, les aspects méthodologiques des chapitres visés font état des conclusions tirées.

Un examen plus approfondi des effets potentiels de la tempête de verglas de janvier 1998 venue perturber les opérations de la première période de collecte a aussi été effectué[9]. Une enquête complémentaire téléphonique auprès des informateurs clés des ménages privés interviewés dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1998* a donc été réalisée. Cette enquête a permis de construire un indice servant à étiqueter les ménages ayant été sinistrés. L'objectif poursuivi par l'analyse effectuée consistait à vérifier si la tempête de verglas avait eu un impact sur les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* qui pourrait faire échec à l'obtention d'un portrait évolutif de la santé des Québécois exempt d'effets conjoncturels. Il faut en effet se rappeler que l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit en continuité des deux enquêtes précédentes (l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*) tant par son contenu que par sa méthodologie, dans le but d'assurer une comparabilité des données et de fournir des informations sur l'évolution du portrait sociosanitaire des Québécois vivant en ménage privé. Les résultats de l'analyse ont montré que pour les quelques mesures de santé qui distinguaient de façon significative les ménages sinistrés des autres, notamment la consultation d'un professionnel de la santé, le nombre de problèmes de santé, l'indice de détresse psychologique et la consommation d'alcool (plus de 14 consommations en une semaine), les différences plutôt faibles étaient constantes dans le temps et ne se concentraient pas à la première période de collecte. Ainsi, l'étude n'a pas montré d'effets significatifs conjoncturels sur les estimations produites dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* associés à la tempête de verglas de janvier 1998. Aucune correction des données n'a donc été jugée nécessaire pour la comparaison des estimations des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 avec celles de la présente enquête.

Par ailleurs, une enquête transversale comme l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Cependant, ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.

Il est également à noter que les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. La prudence est donc de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le contrôle de certains facteurs exogènes aurait été nécessaire et rendu possible par le recours à la standardisation ou à l'analyse multivariée. L'approche retenue a néanmoins l'avantage de permettre une bonne description, fort utile en soi, et qui constitue par ailleurs une excellente exploration des données recueillies.

Finalement, il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, celle vivant dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder de leur appliquer les résultats obtenus ici. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquêtes, peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise.

---

[9] Pour de plus amples informations sur l'étude effectuée, voir le cahier technique de l'enquête (à paraître).

En résumé, l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit dans une série d'enquêtes québécoises à caractère sociosanitaire où le souci de produire des données de qualité utiles aux différents intervenants du domaine de la santé et celui de conserver dans la mesure du possible la meilleure comparabilité des résultats à travers les années ont été de véritables leitmotivs.

Bibliographie

BERNIER, N., et P. LAVALLÉE (1994). *La macro SAS : CALJACK*, Ottawa, Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistique Canada, 9 p.

BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, R. COURTEMANCHE, L. CAOUETTE, M. GODBOUT et F. LAPOINTE (1995). « Méthodes » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 1-11.

KASS, G. V. (1980). « An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data », *Applied Statistics*, vol. 29, p. 119-127.

PAMPALON, R., G. RAYMOND, L. CAOUETTE et L. CÔTÉ (1998). *Révision du modèle des aires homogènes utilisé dans les enquêtes générales de Santé Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.

Chapitre 2
Caractéristiques de la population

Serge Chevalier
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Yves Sauvageau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Introduction

L'importance des caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques en regard de l'état de santé et de bien-être n'est plus à démontrer. Leurs liens avec d'autres déterminants de la santé sont également mis en évidence de plus en plus fréquemment et analysés toujours plus finement (Ferland et autres, 1995). C'est pourquoi les analyses figurant dans le présent rapport feront systématiquement état des relations observées entre ces caractéristiques, l'état de santé et de bien-être et les déterminants de cet état.

Le présent chapitre vise à familiariser le lecteur avec les principales caractéristiques de la population étudiée. On verra tout d'abord une série de variables usuelles (Chevalier et autres, 1995) à caractère socioculturel (le sexe, l'âge, l'état matrimonial et l'appartenance ethnoculturelle), pour ensuite passer au détail des déterminants socioéconomiques (la scolarité, le niveau de revenu, etc.). De nouvelles variables servant à décrire des aspects socio-économiques plus subjectifs sont incluses afin de mieux circonscrire le sujet. La connaissance de ces caractéristiques et de leurs limites d'interprétation s'avère nécessaire à une meilleure compréhension des analyses présentées dans les chapitres suivants.

L'accent est mis sur la définition et la description des caractéristiques énumérées précédemment. Les éléments de définition portent avant tout sur la présentation de la mesure utilisée, sa validité en regard de l'importance de la non-réponse partielle et sa comparabilité avec les mesures retenues dans les enquêtes générales précédentes de Santé Québec (1987 et 1992-1993). La description gravite surtout autour des liens qui existent entre la variable décrite et le sexe et l'âge. Cette approche a été adoptée pour illustrer la façon dont l'âge et le sexe sont associés à chacune de ces caractéristiques, considérant que selon les objectifs de ce rapport, les analyses sont généralement bivariées et ne sont pas normalisées selon l'âge et le sexe. La description signale aussi, au besoin, les associations entre des caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques. Les développements significatifs qui se sont produits depuis l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* sont également soulignés, le cas échéant.

2.1 Caractéristiques socioculturelles[1]

2.1.1 Structure par âge et sexe

Définition

Les variables de sexe et d'âge sont tirées du questionnaire autoadministré (QAA221 et QAA222) ou de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), la priorité étant accordée aux données du QAA en raison de la plus grande fiabilité de l'information autodéclarée. L'âge est déterminé à partir de la date de naissance de la personne ou, à défaut, de l'âge déclaré. Afin qu'il n'y ait aucune valeur manquante, il a fallu procéder à un nombre marginal d'imputations (moins d'une dizaine) pour attribuer un âge à tous les répondants; la donnée sur le sexe ne présente aucune valeur manquante.

---

[1] Dans les chapitres suivants, les variables décrites ici comme étant des caractéristiques socioculturelles sont appelées « caractéristiques démographiques ».

Description

La population visée par l'enquête représente plus de sept millions de Québécois vivant en ménage privé. Les pondérations utilisées pour l'analyse des données font en sorte que les résultats obtenus pour la distribution selon le sexe et l'âge correspondent à la structure réelle de la population. L'analyse des résultats de l'enquête nécessite la production de deux structures de sexe et d'âge, l'une pour les données tirées du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qualifiant la population totale, l'autre pour les données issues du questionnaire autoadministré (QAA) décrivant la population âgée de 15 ans et plus. Les différences entre ces deux structures de sexe et d'âge s'expliquent par le fait que le QAA n'est rempli que par les personnes de 15 ans et plus, tandis que le QRI porte sur l'ensemble de la population.

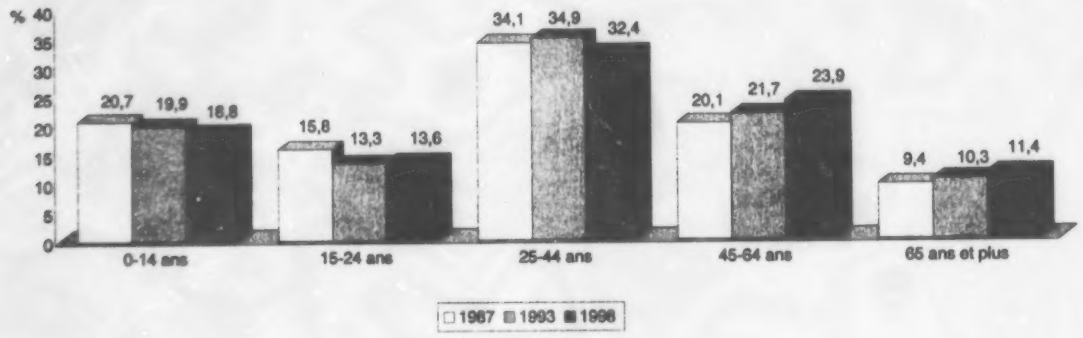
Comme on peut s'y attendre, la structure d'âge de la population évolue lentement. Entre 1987 et 1998, on observe une diminution de la part relative des 0-44 ans et un accroissement de la proportion des personnes de 45 ans et plus (figure 2.1). La part accrue des 45-64 ans (de 20 % à 24 %) s'explique par le vieillissement des « baby boomers »; celle des 65 ans et plus (de 9 % à 11 %), par une longévité plus grande des aînés. Le vieillissement de la population peut influencer certains indicateurs de santé décrits plus loin dans le rapport. La population continue de se répartir à peu près également entre les sexes, pour toutes les catégories d'âge, sauf celle des 65 ans et plus, dans laquelle les femmes demeurent plus nombreuses (tableau 2.1).

Tableau 2.1
Répartition de la population québécoise en ménage privé visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* selon le sexe et l'âge

	Population de 15 ans et plus (QAA)	Population totale (QRI)	Pe
	%		'000
Hommes			
0-14 ans	...	19,4	689
15-24 ans	17,4	14,0	498
25-44 ans	41,0	33,1	1 175
45-64 ans	29,4	23,7	842
65 ans et plus	12,1	9,8	348
Total	**49,1**	**49,5**	**3 551**
Femmes			
0-14 ans	...	18,2	659
15-24 ans	16,1	13,1	476
25-44 ans	38,8	31,7	1 149
45-64 ans	29,3	24,0	869
65 ans et plus	15,8	13,0	469
Total	**50,9**	**50,5**	**3 622**
Sexes réunis			
0-14 ans	...	18,8	1 348
15-24 ans	16,7	13,6	973
25-44 ans	39,9	32,4	2 324
45-64 ans	29,4	23,9	1 711
65 ans et plus	14,0	11,4	817
Total	**100,0**	**100,0**	**7 173**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure 2.1
Population totale dans les ménages privés selon l'âge, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

2.1.2 État matrimonial de fait

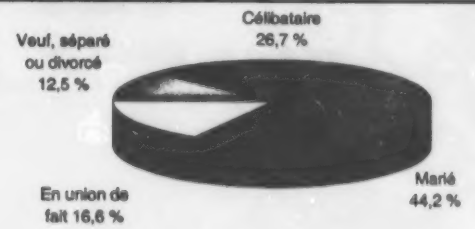
Définition

L'indicateur de l'état matrimonial de fait a été créé pour l'enquête de 1992-1993 et modifié pour la présente enquête. Il est constitué à l'aide de la section d'identification du QRI à partir d'une question déterminant l'état matrimonial légal et d'une autre indiquant si la personne vit en couple dans le ménage. Les valeurs manquantes à cet indicateur sont peu nombreuses (0,6 %).

Description

Trois Québécois sur cinq, âgés de 15 ans et plus, vivent avec un conjoint; 44 % sont mariés et 17 % cohabitent en union de fait (figure 2.2). Plus du quart (27 %) de la population est célibataire et environ 13 % sont soit veufs, séparés ou divorcés.

Figure 2.2
Population de 15 ans et plus selon l'état matrimonial de fait, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'état matrimonial de fait est lié au sexe des personnes (tableau 2.2) : il y a proportionnellement plus d'hommes que de femmes qui se déclarent célibataires (30 % c. 24 %) et plus de femmes que d'hommes qui se classent dans la catégorie des personnes veuves, séparées ou divorcées (17 % c. 8 %). La variable s'avère aussi fortement associée à l'âge. Bien que la majorité des personnes de 15 à 24 ans soient célibataires, 15 % des jeunes de ce groupe d'âge vivent avec un conjoint (2,8 % sont mariés, 12 % sont en union de fait). C'est toutefois chez les 25-44 ans que l'on retrouve la plus grande proportion d'unions de fait (27 %), bien que 44 % des personnes de ce même groupe d'âge soient mariées. Les proportions de personnes mariées atteignent 64 % chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans et 54 % chez ceux de 65 ans et plus. Ces deux dernières tranches d'âge regroupent la majorité des personnes veuves, séparées ou divorcées, les proportions passant environ du simple au double entre les deux groupes d'âge (16 % et 36 %, respectivement).

Tableau 2.2
État matrimonial de fait selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Célibataire	En union de fait	Marié	Veuf, séparé ou divorcé
		%		
Hommes	29,9	17,1	44,9	8,2
Femmes	23,7	16,1	43,5	16,7
Sexes réunis				
15-24 ans	84,9	12,1	2,8	0,3**
25-44 ans	23,0	26,9	43,7	6,4
45-64 ans	8,3	11,5	63,8	16,4
65 ans et plus	6,1	3,4	54,2	36,3
Total	**26,7**	**16,6**	**44,2**	**12,5**
Pe '000	**1 553**	**967**	**2 577**	**729**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

2.1.3 Appartenance ethnoculturelle

Définition

L'indice d'appartenance ethnoculturelle établi lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a été repris pour la présente enquête. Il est constitué du lieu de naissance du répondant (QRI157), de sa langue maternelle (QAA223), du lieu de naissance de la mère et de celui du père du répondant (QAA224 et QAA225). À l'exception du lieu de naissance du répondant, tiré du QRI, les renseignements obtenus proviennent du QAA; l'indice n'est donc disponible que pour la population âgée de 15 ans et plus.

Chacune des composantes constitutives de l'indice mesure une dimension particulière du concept d'ethnicité. Aucune ne permet, à elle seule, d'établir

l'appartenance à une communauté culturelle, au sens où l'entend, en 1992, le ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles (MAIICC), selon lequel toute personne n'appartenant ni à l'un ni à l'autre des peuples fondateurs ni à une nation autochtone fait partie d'une communauté culturelle. Pour cette raison, on a élaboré un indice de groupe ethnoculturel tenant compte des variables énumérées précédemment qui permettent de classer la population en trois groupes ethnoculturels distincts : le « groupe majoritaire », le « groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération » et le « groupe minoritaire de première génération ».

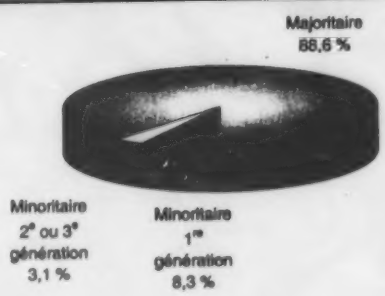
Le groupe dit « majoritaire » réunit les personnes d'origine ou de descendance française, britannique ou autochtone au sens du MAIICC (c'est-à-dire de langue maternelle française ou anglaise, nées soit au Canada, en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis et dont au moins un des parents est né dans l'un ou l'autre de ces pays, ou encore nées ailleurs, mais dont au moins un des parents est né au Canada). Le groupe « minoritaire de deuxième ou de troisième génération » comprend l'ensemble des personnes de langue maternelle autre que le français et l'anglais, nées au Canada, ainsi que celles qui sont nées à l'étranger, mais dont au moins un des parents est né au Canada. La catégorie « minoritaire de première génération » regroupe les personnes nées hors du pays, à l'exception des personnes de langue maternelle française ou anglaise nées en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis et dont les deux parents sont nés à l'étranger.

Le principal avantage de cet indice est de permettre la distinction entre les immigrants de première génération et ceux de deuxième génération ou plus. On émet l'hypothèse que ces deux groupes d'immigrants sont différents sur le plan des habitudes de vie et du recours aux services; les immigrants de première génération seraient plus susceptibles de conserver les habitudes du pays d'origine, d'être socialement isolés, de méconnaître le fonctionnement du réseau des services sociaux et de santé ou, encore, d'utiliser ou de recourir à ces services d'une façon différente. Le taux de non-réponse partielle à l'indice s'élève à 3,5 %.

Description

Au Québec, 84 % de la population déclare le français langue maternelle, 7 % l'anglais et 10 % une langue autre que le français ou l'anglais (tableau C.2.1). La mère d'un Québécois sur sept (14 %) est née ailleurs qu'au Canada et une proportion équivalente de Québécois (15 %) ont un père qui est né ailleurs dans le monde. Environ neuf Québécois sur dix appartiennent au groupe ethnoculturel majoritaire (figure 2.3). Les personnes composant le groupe minoritaire de première génération sont environ deux fois plus nombreuses que celles du groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération (8 % c. 3,1 %).

Figure 2.3
Population de 15 ans et plus selon le groupe ethnoculturel, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'enquête ne permet pas de détecter de différence significative entre les hommes et les femmes sur le plan de l'appartenance ethnoculturelle; les données relatives au sexe sont fournies à titre indicatif (tableau 2.3). Il n'y a pas non plus de différence significative selon l'âge parmi les personnes appartenant au groupe majoritaire. On note toutefois qu'au sein du groupe minoritaire de première génération, les jeunes de 15 à 24 ans sont, en proportion, moins nombreux que les autres groupes d'âge, mais cette différence ne s'avère significative qu'avec les personnes de 45 à 64 ans (6 % c. 9 %).

Tableau 2.3
Groupe ethnoculturel selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Majoritaire	Minoritaire	
		2e ou 3e génération	1re génération
		%	
Hommes	88,2	3,0	8,8
Femmes	88,9	3,3	7,8
Sexes réunis			
15-24 ans	88,8	5,1	6,1
25-44 ans	88,5	3,0	8,5
45-64 ans	89,1	1,6*	9,3
65 ans et plus	87,5	4,4*	8,1
Total	**88,6**	**3,1**	**8,3**
Pe '000	**5 160**	**183**	**482**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

2.2 Caractéristiques socioéconomiques

2.2.1 Scolarité relative

Définition

La scolarité relative est établie à partir des questions 226 et 227 du QAA portant respectivement sur le plus haut niveau de scolarité complété et, pour les personnes qui ont terminé une 5e secondaire, sur le fait d'avoir ou non obtenu un diplôme d'études secondaires. Ce dernier élément constitue un ajout à l'enquête de 1998; on a en effet considéré que les répondants ayant terminé la 5e secondaire avec un diplôme présentent un niveau supérieur de scolarité comparativement à ceux qui n'ont pas un tel diplôme. L'indice tient aussi compte du sexe et de l'âge des répondants. La scolarité relative s'avère un meilleur indice que celui du plus haut niveau de scolarité complété en ce qu'il tient compte de l'évolution historique et sociale de la durée de l'éducation formelle. L'élaboration de cet indice nécessite qu'on classe les personnes d'un même sexe et d'un même groupe d'âge selon leur niveau de scolarité et qu'on subdivise ensuite le résultat obtenu en quintiles; 26 groupes d'âge/sexe sont utilisés à cette fin. Tous les répondants appartenant au quintile inférieur de leur groupe d'âge/sexe sont ainsi regroupés, et il en va de même pour les autres quintiles. La proportion des valeurs manquantes s'élève à 2,2 %. Les comparaisons de cet indice avec ceux obtenus pour les enquêtes générales précédentes doivent tenir compte de la modification implantée en 1998 et du fait que les bornes établissant les quintiles varient entre les enquêtes; celles de 1987 sont généralement inférieures à celles de 1992-1993 et ces dernières sont, le plus souvent, équivalentes à celles de 1998 mais, lorsqu'elles diffèrent, les bornes de 1998 sont supérieures à celles de l'enquête précédente.

Description

À cause de la définition de cet indice, la population se répartit presque également entre les catégories de scolarité relative (tableau 2.4). Il est parfois impossible, pour certains groupes d'âge et de sexe, de former des quintiles idéaux à partir de la distribution de la scolarité « absolue », ce qui a un effet sur les quintiles de scolarité relative. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à obtenir un classement de scolarité moyenne (23 % c. 19 %) et moins nombreuses à afficher une scolarité relative élevée (17 % c. 22 %). Au chapitre de l'âge, les 15-24 ans sont sous-représentés à la catégorie de scolarité relative la plus faible et surreprésentés à la catégorie moyenne. Les 25-44 ans sont, pour leur part, proportionnellement moins nombreux à obtenir un classement de scolarité relative moyenne.

Tableau 2.4
Scolarité relative selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Quintile				
	1re Plus faible	2e Faible	3e Moyenne	4e Élevée	5e Plus élevée
	%				
Hommes	19,7	19,6	18,5	22,4	19,9
Femmes	18,4	20,7	22,6	17,4	20,8
Sexes réunis					
15-24 ans	15,3	19,9	25,3	20,4	19,1
25-44 ans	19,8	21,0	18,1	19,9	21,3
45-64 ans	19,2	20,1	20,2	20,4	20,1
65 ans et plus	21,1	18,2	22,7	18,1	19,9
Total	**19,0**	**20,2**	**20,6**	**19,9**	**20,3**
Pe '000	**1 110**	**1 175**	**1 198**	**1 157**	**1 185**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

2.2.2 Niveau de revenu

Définition

Les renseignements sur le revenu sont parmi les plus difficiles à obtenir dans le cadre d'une enquête (Aday, 1989; Sudman et Bradburn, 1987), mais sont devenus incontournables dans la mesure où ils sont associés à la santé et au bien-être (Feinstein, 1993; Paquet, 1989; Wilkins et autres, 1989).

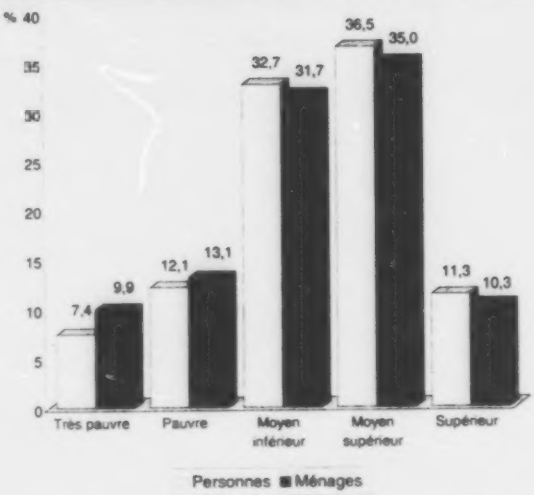
Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, une valeur de niveau de revenu basée sur trois éléments est attribuée à chaque ménage : le revenu total du ménage (QRI172), le nombre de personnes composant le ménage, ainsi que les seuils de faible revenu fixés selon la taille des ménages par Statistique Canada (1992) et reconduits pour le recensement de 1996. Les seuils de faible revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses dites de subsistance; il est généralement admis que de tels seuils sont plutôt conservateurs (Ross et Shillington, 1989). Tous les membres d'un même ménage se voient attribuer le même niveau de revenu. Les catégories de revenu sont définies à l'aide d'une matrice présentée au tableau C.2.2.

Le taux de non-réponse partielle, à 13,8 %, incluant la non-réponse stricte et les réponses insuffisamment précises pour permettre la classification, est élevé par rapport à celui obtenu pour les autres variables de l'enquête, mais demeure faible pour des questions portant sur le revenu (Moore, 1999). Pour pallier au problème de la non-réponse, on a utilisé une procédure d'imputation basée sur des modèles statistiques (pour plus de détails, se reporter au chapitre sur les méthodes et au cahier technique de l'enquête). À la fin de la procédure, l'indicateur ne présente plus de valeurs manquantes. Cet indicateur diffère de celui de 1987, mais est constitué à partir des mêmes seuils de revenu que celui de 1992-1993. Les comparaisons de cet indicateur entre 1992-1993 et 1998 demeurent toutefois hasardeuses. D'une part, les seuils n'ont pas été ajustés pour tenir compte de l'inflation, quoique faible, observée depuis 1992-1993. D'autre part, la répartition de la non-réponse (refus et réponses manquant de précision) diffère entre les deux enquêtes.

Description

Près d'un ménage sur cinq montre un niveau de revenu dit très pauvre (10 %) ou pauvre (13 %) et environ le tiers (32 %) des ménages, un revenu plutôt modeste (qualifié de moyen inférieur) (figure 2.4). Les autres ménages bénéficient d'un revenu suffisant : 35 % affichent un niveau moyen supérieur et 10 % un niveau supérieur de revenu. La situation des personnes diffère quelque peu de celle des ménages.

Figure 2.4
Niveau de revenu des personnes et des ménages, population totale, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Au plan des personnes, la comparaison du niveau de revenu selon le sexe ne révèle pas de différence significative, à l'exception des femmes, qui sont proportionnellement plus nombreuses à faire partie de ménages pauvres (13 % c. 11 % chez les hommes) (tableau 2.5). Par contre, le niveau de revenu varie selon l'âge, sauf pour la catégorie des personnes très pauvres, dans laquelle l'enquête ne détecte pas de différence significative.

Tableau 2.5
Niveau de revenu selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
			%		
Hommes	6,8	10,9	32,5	37,7	12,1
Femmes	7,9	13,3	33,0	35,4	10,5
Sexes réunis					
0-14 ans	8,9	15,0	35,2	31,5	9,5
15-24 ans	7,4	13,2	33,0	36,1	10,4
25-44 ans	6,7	10,4	31,3	39,5	12,0
45-64 ans	7,3	8,7	27,4	41,9	14,8
65 ans et plus	6,8	18,0	43,7	25,8	5,7
Total	**7,3**	**12,1**	**32,7**	**36,6**	**11,3**
Pe '000	**528**	**867**	**2 349**	**2 621**	**808**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On trouve proportionnellement plus de personnes ayant un niveau de revenu moyen supérieur chez les 45-64 ans que dans les autres groupes d'âge. Finalement, les personnes de 65 ans et plus se retrouvent de manière prépondérante dans les catégories de faible niveau de revenu, soit moyen inférieur (44 %) et pauvre (18 %), où elles sont, en proportion, plus nombreuses que les personnes des autres groupes d'âge, bien que pour la catégorie « pauvre », les enfants de 0 à 14 ans présentent une proportion presque similaire (15 %).

Il continue d'exister un lien étroit entre le niveau de revenu et la scolarité relative (tableau C.2.3). La proportion de personnes très pauvres et pauvres diminue à mesure que la scolarité relative augmente, mais cette association est particulièrement marquée pour le niveau de scolarité « très faible ». Ainsi, les personnes très faiblement scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à se classer dans les catégories de revenu « très pauvre » et « pauvre » que celles qui se classent à tout autre niveau de scolarité relative, la proportion de personnes pauvres représentant près d'un cinquième des personnes très faiblement scolarisées (18 %). C'est toutefois chez les personnes de niveaux de scolarité autres que très faible que l'on retrouve les plus fortes concentrations de personnes (environ 40 %) présentant un niveau de revenu moyen supérieur. Les personnes très scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses (25 %) dans la catégorie de revenu supérieur que celles qui présentent d'autres niveaux de scolarité (de 4,4 % à 14 %). Il est important de souligner qu'une proportion relativement importante des personnes détenant une scolarité élevée ou très élevée déclarent un niveau de revenu moyen inférieur (30 % et 24 % respectivement).

2.2.3 Statut d'activité

Définition

Tout comme en 1992-1993, le statut d'activité est mesuré par deux indices. Le premier indice établit l'activité principale de toutes les personnes de 15 ans et plus pour la période de 12 mois ayant précédé l'enquête (question 159 du QRI); le second porte sur la période de deux semaines ayant précédé l'enquête (question 160 du QRI). Pour 1987, seule la mesure se référant aux deux semaines ayant précédé l'enquête est disponible.

Le statut d'activité principale ou habituelle au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête classe la population selon cinq catégories. La catégorie « en emploi » regroupe les personnes ayant travaillé à temps plein ou à temps partiel, ainsi que les travailleurs en grève et en lock-out au cours de la période de référence. Les trois catégories « aux études », « à la retraite » et « tient maison » figurent telles quelles dans l'énoncé de la question. Outre les chômeurs et les bénéficiaires de l'aide sociale, la catégorie « sans emploi » englobe les personnes qui

ont déclaré être en vacances ou inactives pour cause de maladie ou pour d'autres motifs non précisés.

La définition des statuts « en emploi » et « sans emploi » au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête est légèrement modifiée par rapport à celle utilisée pour décrire l'activité habituelle. La catégorie « en emploi » regroupe encore les personnes ayant déclaré avoir travaillé à temps plein ou à temps partiel et celles qui étaient en grève ou en lock-out, mais elle inclut aussi celles qui affirment occuper un emploi, mais ne pas avoir travaillé au cours de cette période pour cause de maladie, de congé parental ou de vacances; ces dernières ne figurent donc plus dans la catégorie « sans emploi ». Le taux de non-réponse partielle est de 0,2 % pour l'un et l'autre de ces indicateurs.

Description

En 1998, plus de la moitié des Québécois de 15 ans et plus (53 %) déclarent le travail comme occupation habituelle au cours d'une période de 12 mois (figure 2.5). Trois autres catégories de statut d'activité présentent des proportions à peu près équivalentes : ce sont les personnes à la retraite (14 %), celles qui tiennent maison (14 %) et celles qui sont aux études (13 %). Les personnes sans emploi ne correspondent qu'à 6 % du total de la population de 15 ans et plus. Il s'agit d'une disparité importante avec les données officielles portant sur l'emploi, ce qui suggère qu'une portion significative des individus sans emploi préfèrent ne pas se déclarer tels.

Les données sur le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines sont les seules qui permettent une comparaison de 1987 à 1998. Ces données indiquent qu'il y a eu évolution dans le seul cas des personnes qui tiennent maison : leur proportion, après avoir diminué entre 1987 et 1992-1993 (18 % c. 14 %) s'est remise à augmenter pour se situer à 16 % en 1998 (tableau 2.6). Chez les retraités, l'évolution à la hausse qui avait été observée de 1987 à 1992-1993 (11 % c. 13 %) s'est stabilisée en 1998 (13 %).

Figure 2.5
Population de 15 ans et plus selon le statut d'activité au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 2.6
Statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		%	
En emploi	52,9	51,5	52,7
Aux études	9,9	9,6	9,8
Tient maison	17,8	13,9	15,7
À la retraite	11,0	13,1	13,3
Sans emploi	8,4	11,9	8,4

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En 1998, le statut d'activité habituelle (c'est-à-dire pour 12 mois) diffère en fonction du sexe (tableau 2.7, voir aussi le tableau C.2.4 sur le statut d'activité pour deux semaines), sauf dans le cas des personnes aux études, chez lesquelles les proportions sont presque similaires. Ainsi, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à tenir maison (26 % c. 2 % chez les hommes), tandis qu'il y a proportionnellement plus d'hommes que de femmes sans emploi (7 % c. 4,4%), en emploi (62 % c. 45 %) ou à la retraite (16 % c. 12 %). Par ailleurs, on note aussi des différences dans les statuts d'activité selon l'âge : les concentrations les plus fortes se retrouvent chez les jeunes qui sont bien évidemment en majorité aux études (66 %) et chez les personnes de 65 ans et plus, en grande proportion retraitées (70 %).

Tableau 2.7
Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
			%		
Hommes	62,2	13,2	2,0	15,8	6,8
Femmes	44,5	13,0	25,9	12,2	4,4
Sexes réunis					
15-24 ans	26,4	66,3	3,1	0,0**	4,2
25-44 ans	76,9	4,7	11,7	0,4*	6,3
45-64 ans	59,7	0,6*	18,8	13,5	7,4
65 ans et plus	4,2	0,0**	24,5	70,1	1,2*
Total	**53,2**	**13,1**	**14,2**	**14,0**	**5,5**
Pe '000	**3 100**	**766**	**823**	**813**	**322**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On trouve aussi proportionnellement plus de personnes en emploi chez les 25-64 ans que dans les autres groupes d'âge. Finalement, il y a une proportion plus grande de personnes qui affirment tenir maison chez les 65 ans et plus et à moindre degré chez les 45-64 ans que chez les plus jeunes.

2.2.4 Catégorie professionnelle

Définition

Le genre d'emploi occupé par une personne sert à déterminer la catégorie professionnelle. Cette information provient de la question 165 du QRI et ne concerne que les répondants de 15 ans et plus occupant un emploi au moment de l'enquête. La « Classification type des professions » (CTP) de 1980 est utilisée pour la codification du genre d'emploi; ces codes sont regroupés selon la « Classification socioéconomique des occupations de recensement de 1981 » de Pineo (1985). Cet indicateur est identique à celui utilisé en 1987 et en 1992-1993. La proportion des valeurs manquantes est de 0,4 %.

Description

Les Québécois de 15 ans et plus qui occupent un emploi se distribuent de façon inégale entre les diverses catégories professionnelles (tableau 2.8). Les employés de bureau, de commerce et de service totalisent à eux seuls un tiers (34 %) des personnes en emploi; viennent ensuite les contremaîtres et ouvriers spécialisés qui représentent 22 % de la main-d'œuvre occupée, puis le groupe des cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens, avec 19 %.

Tableau 2.8
Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		%	
Professionnel et cadre supérieur	11,7	13,1	13,6
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	16,8	16,2	18,5
Employé de bureau, de commerce et de service	40,3	34,3	33,8
Contremaître et ouvrier qualifié	19,8	23,3	22,3
Ouvrier non qualifié et manœuvre	11,4	13,1	11,8

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les 25 % de travailleurs restants se distribuent à peu près également entre la catégorie des professionnels et cadres supérieurs et celle des ouvriers non qualifiés et manœuvres. Par rapport à 1987, on observe, en 1998, une augmentation de la proportion des professionnels et cadres supérieurs (12 % c. 14 %). La proportion des employés de bureau, de commerce et de service, ainsi que celle des contremaîtres et ouvriers qualifiés, qui avaient connu, entre 1987 et 1992-1993, respectivement une baisse et une hausse, se sont stabilisées en 1998 à leur niveau de 1992-1993.

Les catégories professionnelles diffèrent en fonction du sexe. Font exception la catégorie des professionnels et cadres supérieurs et celle des cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens, dans lesquelles les différences ne sont pas significatives (tableau 2.9). Les hommes sont plus nombreux, en proportion, à occuper un emploi de contremaître ou d'ouvrier qualifié (33 % c. 9 %) et à être employés comme ouvriers non qualifiés et manœuvres (16 % c. 6 %), tandis qu'il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes qui travaillent comme employée de bureau, de commerce et de service (50 % c. 21 %). Les catégories professionnelles diffèrent également en fonction de l'âge : les 15-24 ans sont proportionnellement plus nombreux à occuper des fonctions d'employé de bureau, de commerce et de service (46 %) ainsi que d'être employés à titre d'ouvrier non qualifié ou de manœuvre (19 %); ils sont moins susceptibles d'occuper des positions de professionnel et de cadre supérieur (3,5 %) ou de travailler comme cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien (12 %). Les personnes de 65 ans et plus sont trop peu nombreuses à travailler pour permettre une analyse approfondie.

2.2.5 Perception de sa situation financière

Définition

La situation financière mesurée par le seul revenu du ménage pose certains problèmes, dont celui de la non-réponse partielle, particulièrement élevée, dont on a traité précédemment. Autrement, il serait conceptuellement plus intéressant de mesurer la situation financière du répondant selon sa propre perception (Hagenaars, 1992; Dufresne, 1994).

Tableau 2.9
Catégorie professionnelle selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	Professionnel et cadre supérieur	Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	Employé de bureau, de commerce et de service	Contremaître et ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié et manœuvre
			%		
Hommes	12,3	18,0	20,9	32,6	16,3
Femmes	15,2	19,2	50,3	9,2	6,0
Sexes réunis					
15-24 ans	3,5*	11,9	45,9	19,4	19,3
25-44 ans	14,9	20,5	32,8	21,8	10,0
45-64 ans	15,4	18,0	30,6	24,6	11,6
65 ans et plus	22,1**	15,1**	27,1*	20,1**	15,6**
Total	**13,6**	**18,5**	**33,8**	**22,3**	**11,8**
Pe '000	**442**	**603**	**1 102**	**728**	**384**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

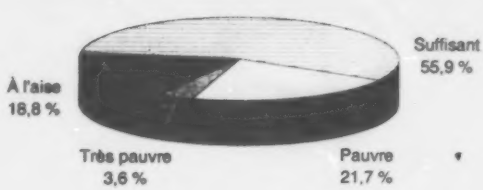
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Une telle approche permet, entre autres, de tenir compte qualitativement et collectivement de certains éléments complémentaires à la seule mesure du revenu tels l'endettement, l'entraide, le troc, le travail au noir et l'évasion fiscale. La question sur le sujet (QAA234) provient de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* et n'apparaît pas au questionnaire de 1987. La non-réponse partielle à cette question s'élève à 3,7 %.

Description

Les Québécois de 15 ans et plus s'estiment à l'aise financièrement par rapport aux gens de leur âge dans une proportion de 19 %, tandis que 56 % d'entre eux considèrent que leurs revenus sont suffisants pour satisfaire à leurs besoins fondamentaux et à ceux de leur famille (figure 2.6 et tableau 2.10). À l'opposé, les proportions de personnes qui se disent pauvres ou très pauvres sont respectivement de 22 % et 3,6 %. Chacune de ces quatre proportions ne présente pas d'évolution marquée entre 1992-1993 et 1998.

Figure 2.6
Population de 15 ans et plus selon la perception de sa situation financière, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La distribution de la situation financière perçue varie peu selon le sexe (tableau 2.11), ce qui suggère que les femmes pourraient avoir tenu compte de l'apport financier de leur conjoint ou encore que les attentes financières des femmes sont moins élevées que celles des hommes. La distribution est par contre différente selon le groupe d'âge. Dans tous les groupes d'âge, une majorité de personnes caractérisent leur situation de suffisante, mais les proportions sont plus faibles chez les 15-24 ans que chez les plus âgés. À l'inverse, le pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui s'estiment à l'aise financièrement (31 %) représente près du double de celui de tous les groupes plus âgés. Ce résultat suggère que ceux parmi ces derniers qui vivent encore avec leurs parents ont probablement tenu compte de la situation financière de leur famille dans leur évaluation. Les proportions de ceux qui se disent pauvres ou très pauvres ne varient pas selon l'âge.

Tableau 2.10
Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
	%	
À l'aise	17,6	18,8
Suffisant	57,6	55,9
Pauvre	21,4	21,7
Très pauvre	3,4	3,6

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 2.11
Perception de sa situation financière selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	À l'aise	Suffisant	Pauvre	Très pauvre
		%		
Hommes	19,9	54,8	21,8	3,5
Femmes	17,7	57,0	21,6	3,8
Sexes réunis				
15-24 ans	31,2	44,6	19,9	4,3
25-44 ans	16,5	58,4	21,9	3,2
45-64 ans	16,7	55,8	22,9	4,7
65 ans et plus	15,4	61,9	20,6	2,0*
Total	**18,8**	**55,9**	**21,7**	**3,6**
Pe '000	**1 097**	**3 253**	**1 263**	**213**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

2.2.6 Perception de la durée de la pauvreté

Définition

L'indicateur de la perception de la durée de la pauvreté permet d'affiner la mesure relative au niveau socioéconomique. La pauvreté, extrême ou non, est reliée à la santé, de même que la durée pendant

laquelle une personne ou un ménage se trouve dans cet état (Ferland et autres, 1995). La question 235 du QAA permet de savoir, pour les personnes qui se sont déclarées pauvres ou très pauvres à l'indicateur de niveau économique perçu, depuis quand elles se perçoivent ainsi. Ces personnes sont classées selon trois catégories : depuis moins d'un an, depuis un à quatre ans et depuis cinq ans et plus. Il s'agit d'un indicateur identique à celui utilisé en 1992-1993; la question n'est pas incluse au questionnaire de l'enquête de 1987. Le taux de non-réponse partielle est de 4,2 %.

Description

La moitié (51 %) des Québécois de 15 ans et plus qui se disent pauvres ou très pauvres perçoivent être dans cette situation depuis déjà cinq ans et plus (figure 2.7 et tableau 2.12). Plus du tiers (38 %) le seraient depuis un à quatre ans, tandis que seulement 11 % d'entre eux vivraient la pauvreté depuis peu, soit moins d'un an. Depuis 1992-1993, la situation de la pauvreté s'est détériorée du point de vue de sa durée telle qu'elle est perçue, puisque la proportion des personnes pour qui la pauvreté dure depuis cinq ans et plus a augmenté, passant de 47 % à 51 % en 1998. À l'opposé, la proportion des personnes dont la durée de la pauvreté serait plus récente, à savoir moins d'un an, affiche une baisse (15 % c. 11 %).

Figure 2.7
Population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre selon la perception de la durée de la pauvreté, Québec, 1998

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 2.12
Perception de la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
	%	
Moins de 1 an	14,6	11,4
1 à 4 ans	38,7	37,5
5 ans et plus	46,7	51,1

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On n'observe pas de différence entre les sexes quant à la perception de la durée de la pauvreté (tableau 2.13). Par contre, cet indicateur varie selon l'âge. En proportion, les jeunes de 15 à 24 ans sont plus nombreux à estimer la durée de leur pauvreté à moins d'un an (33 %) et, inversement, moins nombreux à déclarer une durée de cinq ans et plus (21 %); à l'opposé, plus les personnes sont âgées, plus elles sont susceptibles de se considérer comme étant pauvres depuis longtemps, soit cinq ans et plus (46 % chez les 25-44 ans c. 76 % chez les 65 ans et plus).

Tableau 2.13
Perception de la durée de la pauvreté selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Moins de 1 an	1 à 4 ans	5 ans et plus
		%	
Hommes	11,2	39,5	49,3
Femmes	11,7	35,6	52,7
Sexes réunis			
15-24 ans	33,4	45,2	21,4
25-44 ans	10,9	43,6	45,5
45-64 ans	5,1*	31,9	62,9
65 ans et plus	2,0**	21,8	76,2
Total	**11,4**	**37,5**	**51,1**
Pe '000	**170**	**562**	**754**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

2.2.7 Niveau de revenu, scolarité relative et variables économiques perceptuelles

La perception de sa situation financière varie beaucoup selon le niveau de revenu (tableau C.2.5). La proportion des personnes qui se disent à l'aise financièrement augmente systématiquement avec le niveau de revenu, passant de 6 % chez les très pauvres à 21 % chez les individus de niveau moyen supérieur, pour faire un bond à 45 % chez ceux de niveau supérieur. La proportion de ceux qui jugent leur situation financière suffisante s'élève également à mesure que l'on passe des très pauvres (34 %) au niveau moyen supérieur (64 %), puis fléchit chez les individus de revenu supérieur (49 %) chez qui, rappelons-le, on retrouve déjà près de la moitié de gens qui se disent à l'aise. À l'opposé, chez ceux dont le niveau de revenu est considéré pauvre ou très pauvre, on retrouve une proportion plus élevée de gens qui se perçoivent comme tels, par rapport à ceux de niveau moyen supérieur et supérieur. Chez le Québécois de 15 ans et plus, la perception de sa propre situation financière varie également selon le niveau de scolarité relative, bien qu'à un degré moindre que dans le cas du niveau de revenu.

La perception de la durée de la pauvreté varie en fonction du niveau de scolarité relative (tableau C.2.6). La proportion de personnes se disant pauvres depuis cinq ans et plus est plus élevée chez celles ayant un niveau de scolarité relative plus faible et faible (59 % et 54 %) en comparaison avec celles de niveau moyen (46 %) et de niveau plus élevé (41 %). Les Québécois qui ont atteint un niveau de scolarité moyen présentent une prévalence plus élevée de personnes s'estimant pauvres depuis moins d'un an que celle observée chez les individus ayant un niveau de scolarité plus faible (16 % c. 8 %).

Conclusion

La lecture du présent chapitre permet de mieux connaître la structure et l'évolution de la population québécoise. Y sont décrites les principales caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques associées à la santé et au bien-être selon le sexe et l'âge.

Aux fins de l'analyse, la population est subdivisée selon les groupes d'âge suivants : 0-14 ans (19 %), 15-24 ans (14 %), 25-44 ans (32 %), 45-64 ans (24 %) et 65 ans et plus (11 %). Depuis 1987, on observe tout particulièrement un vieillissement de la population; plus d'un Québécois sur dix (11 %) est maintenant âgé de 65 ans et plus. Vivre avec un conjoint est le fait de 61 % de la population, tandis que les célibataires sans conjoint représentent 27 % des effectifs, et les personnes veuves, séparées ou divorcées, près de 13 %. Une importante portion des Québécois sont de langue maternelle française (84 %) ou appartiennent au groupe ethnoculturel majoritaire (89 %); on estime à 10 % la population visée par l'enquête dont les origines ou la langue sont autres que françaises ou anglaises. Un peu plus de la moitié (53 %) de la population âgée de 15 ans et plus occupe un emploi; cette proportion est demeurée stable depuis 1987.

La pauvreté reste à l'ordre du jour, près du quart (23 %) des ménages québécois vivant en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté. Les femmes affichent encore un niveau de revenu moindre que celui des hommes mais ne considèrent pas leur situation financière plus défavorablement que ceux-ci. D'ailleurs, la concordance entre le niveau de revenu (objectivé à partir, entre autres, du revenu) et la situation économique perçue par les personnes elles-mêmes est toute relative. Fréquemment, les personnes dont le niveau de revenu les classe dans le groupe des très pauvres vont estimer suffisants leurs revenus. Cette asymétrie mérite qu'on s'y attarde. Ou bien les indicateurs retenus sont déficients, ou encore, d'autres phénomènes entrent en jeu. Nous soumettons l'hypothèse qu'il s'agit d'une interaction entre deux phénomènes, le premier ayant trait au fait que le revenu et le niveau de revenu sont habituellement corrélés et le second, que la plupart des personnes assument leur réalité économique et l'intègrent dans leur schème de normalité. Il s'agit ici pour la personne d'éviter, autant qu'elle le peut, une situation qui occasionne une dissonance cognitive entre la réalité perçue et une objectivation de cette même réalité. (Pour des approches théoriques semblables développées dans d'autres contextes, voir Levin et

Roberts, 1976, pour un développement par rapport au rôle de patient; Goffman, 1968, qui traite du quotidien dans les institutions totalitaires; et, plus récemment, Kaufmann, 1999.)

Les résultats sur la perception de la durée de la pauvreté indiquent une dégradation de la situation économique; il apparaît être plus difficile qu'il ne l'était de s'extraire de la pauvreté, davantage de Québécois se percevant dans cet état depuis cinq ans et plus que ce n'était le cas en 1992-1993.

Ces caractéristiques socioculturelles et socio-économiques sont utilisées dans les chapitres suivants comme déterminants de la santé et du bien-être. Cependant, elles ne sont pas indépendantes les unes des autres; le sexe et l'âge, entre autres, sont associés à plusieurs de ces variables[2]. C'est ce qu'on a voulu démontrer dans le présent chapitre.

En somme, selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la population québécoise présente les caractéristiques suivantes. L'état matrimonial s'avère associé au sexe et à l'âge. Les catégories professionnelles et le statut d'activité « tenir maison » sont associés au sexe seulement. Les statuts d'activité « aux études », « à la retraite » et « en emploi », la catégorie professionnelle, la situation financière perçue et le niveau de revenu sont associés à l'âge. L'appartenance ethnoculturelle et la scolarité relative ne sont associées ni au sexe ni à l'âge.

[2] Rappelons toutefois que la présente enquête utilise un indicateur de scolarité relative, qui, contrairement aux autres indicateurs présentés, tient compte de l'âge et du sexe et répartit la population en quintiles.

Bibliographie

ADAY, L. A. (1989). *Designing and conducting health surveys*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 398 p.

CHEVALIER, S., C., KAPETANAKIS et G. TURCOTTE (1995). « Caractéristiques de la population » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 13-36.

DUFRESNE, J. (1994). « La pauvreté vue des gouvernements centraux », *L'Agora*, p. 16-18.

FEINSTEIN, J. S. (1993). « The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature », *the Milbank Quarterly*, vol. 71, n° 2, p. 279-322.

FERLAND, M., G. PAQUET et F. LAPOINTE (1995). « Liens entre le statut socioéconomique et la santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 119-162.

GOFFMAN, E. (1968). *Asiles*, Paris, Les Éditions de Minuit, 449 p.

HAGENAARS, A. J. M. (1992). « The definition and measurement of poverty » dans OSBERG, L. (éd.), *Economic inequality and poverty, International perspectives*, p. 134-156.

KAUFMANN, J.-C. (1968). *Corps de femmes, regards d'hommes*, Pocket, 295 p.

LEVIN, G., et E. B. ROBERTS (1976). *The dynamics of human services delivery*, Ballinger, 257 p.

MOORE, J. C., L. L. STINSON et E. J. WELNIAK Jr. (1999). « Income reporting in surveys: Cognitive issues and measurement error » dans MONROE, G., et autres. (éd.), *Cognition and survey research*, New York, John Wiley & Sons, p. 155-174.

PAQUET, G. (1989). *Santé et inégalités sociales, Un problème de distance culturelle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 122 p.

PINEO, P. C. (1985). « Revisions of the Pineo-Porter-MacRoberts socioeconomic classification of occupations for the 1981 census, QSEP Research report no 125 », *Program for quantitative studies in economics and population*, Hamilton (ON), Faculty of social sciences, McMaster University.

ROSS, D. P., et R. SHILLINGTON (1989). *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 118 p.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, 386 p.

SUDMAN, S., et N. M. BRADBURN (1987). *Asking questions, A practical guide to questionnaire design*, San Francisco, Jossy-Bass, 397 p.

WILKINS, R., O. ADAMS et A. BRANCKER (1989). « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapport sur la santé*, vol. 1, n° 2, p. 137-174.

Tableaux complémentaires

Tableau C.2.1
Langue maternelle, lieu de naissance de la mère et du père, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Langue maternelle		
Français	83,5	4 862
Anglais	6,9	405
Autre	9,6	558
Lieu de naissance de la mère		
Québec	81,4	4 740
Autre province du Canada	4,7	272
À l'extérieur du Canada	14,0	813
Lieu de naissance du père		
Québec	81,5	4 746
Autre province du Canada	4,0	232
À l'extérieur du Canada	14,5	847

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.2.2
Élaboration de l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage, *Enquête sociale et de santé 1998*

	Taille du ménage		
	1-2 personnes	3-4 personnes	≥ 5 personnes
Aucun revenu	Très pauvre	Très pauvre	Très pauvre
Revenu < 10 000$	Très pauvre	Très pauvre	Très pauvre
10 000$ ≤ Rev. < 20 000$	...	Pauvre	...
10 000$ ≤ Rev. < 15 000$	Pauvre	Pauvre	Très pauvre
15 000$ ≤ Rev. < 20 000$	Moyen inférieur	Pauvre	Pauvre
20 000$ ≤ Rev. < 40 000$	...	Moyen inférieur	...
20 000$ ≤ Rev. < 30 000$	Moyen inférieur	Moyen inférieur	Pauvre
30 000$ ≤ Rev. < 40 000$	Moyen supérieur	Moyen inférieur	Moyen inférieur
40 000$ ≤ Rev. < 60 000$	Moyen supérieur	Moyen supérieur	Moyen inférieur
60 000$ ≤ Rev. < 80 000$	Supérieur	Moyen supérieur	Moyen supérieur
80 000$ ≤ Rev. < 100 000$	Supérieur	Supérieur	Supérieur
Revenu ≥ 100 000$	Supérieur	Supérieur	Supérieur

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.2.3
Niveau de revenu selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
			%		
Scolarité relative					
Très faible	12,4	18,2	37,6	27,4	4,4
Faible	6,5	11,1	37,9	37,6	6,9
Moyenne	5,6	10,5	34,4	40,7	8,8
Élevée	5,2	8,4	29,9	42,8	13,7
Très élevée	4,2	6,2	23,6	40,9	25,1
Total	**6,8**	**10,8**	**32,6**	**38,0**	**11,8**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.2.4
Statut d'activité au cours d'une période de deux semaines selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
			%		
Hommes	61,1	10,0	3,0	15,4	10,5
Femmes	44,7	9,6	28,0	11,4	6,3
Sexes réunis					
15-24 ans	33,5	49,7	4,3	0,0**	12,5
25-44 ans	75,1	3,4	12,8	0,3*	8,4
45-64 ans	56,7	0,7*	20,1	13,4	9,1
65 ans et plus	3,9	0,1**	28,5	65,7	1,8*
Total	**52,8**	**9,8**	**15,8**	**13,3**	**8,3**
Pe '000	**3 073**	**575**	**916**	**775**	**487**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.2.5

Perception de sa situation financière selon le niveau de revenu et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	À l'aise	Suffisant	Pauvre	Très pauvre
		%		
Niveau de revenu				
Très pauvre	6,4*	33,5	43,0	17,1
Pauvre	7,5	42,7	42,6	7,1
Moyen inférieur	13,1	58,4	25,0	3,4
Moyen supérieur	21,0	63,8	13,9	1,3*
Supérieur	44,5	48,5	6,2	0,8**
Scolarité relative				
Plus faible	11,1	50,0	33,0	5,9
Faible	14,5	57,7	24,0	3,8
Moyenne	16,8	59,2	20,7	3,4
Élevée	20,4	58,3	17,6	3,3
Plus élevée	30,7	54,2	13,2	2,0
Total	**18,8**	**55,9**	**21,7**	**3,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.2.6

Perception de la durée de la pauvreté selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus se considérant pauvre ou très pauvre, Québec, 1998

	Moins de 1 an	1 à 4 ans	5 ans et plus
		%	
Scolarité relative			
Plus faible	7,9	33,0	59,0
Faible	10,2	35,9	54,0
Moyenne	16,3	38,1	45,6
Élevée	9,6*	41,0	49,4
Plus élevée	15,9	43,6	40,5
Total	**11,4**	**37,3**	**51,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

F2

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Habitudes de vie et comportements préventifs

Usage du tabac

Consommation d'alcool

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Activité physique

Poids corporel

Comportements sexuels et utilisation du condom

Orientation sexuelle et santé

Divers comportements de santé propres aux femmes

Chapitre 3
Usage du tabac

Sylvie Bernier
Groupe Vigie et qualité des services
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Danièle Brochu
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Les méfaits du tabagisme sur la santé ne sont plus à démontrer. On estime qu'en 1991, 45 000 décès auraient été causés par l'usage du tabac au Canada, dont plus de 12 000 au Québec (Ellison, Mao et Gibbons, 1995). Le décès prématuré (avant l'âge de 70 ans) attribuable à la consommation de tabac constitue actuellement le pire problème de santé publique au Canada (Ellison et autres, 1999); près de la moitié des décès causés par le tabagisme sont prématurés (Peto et autres, 1994; Centre national de documentation sur le tabac et la santé [CNDTS], 1995). Les personnes qui décèdent prématurément perdent en moyenne 22 ans d'espérance de vie alors que celles qui décèdent à 70 ans ou plus raccourcissent leur vie de 8 ans en moyenne (Peto et autres, 1994; CNDTS, 1995). Le nombre de décès prématurés est environ deux fois plus élevé chez les sujets ayant fumé toute leur vie que chez les sujets n'ayant jamais fumé (Ellison et autres, 1999). L'excès de décès prématurés survenant chez les fumeurs est attribuable principalement au cancer et aux cardiopathies ischémiques (Ellison et autres, 1999). Les effets du tabagisme sur la santé ne se limitent pas seulement aux maladies cardiovasculaires et à divers cancers. Plusieurs autres problèmes de santé, tels les maladies respiratoires, l'ostéoporose, la ménopause précoce, les cataractes, les effets sur le fœtus (faible poids à la naissance, mortinaissance, mort soudaine du nouveau-né), pour ne mentionner que ceux-là, sont également associés à l'usage du tabac (Peto et autres, 1994; CNDTS, 1995; Benowitz, 1988; Hopper et Seeman, 1994).

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) constitue elle aussi un défi de taille pour la santé publique (Pirkle et autres, 1996). Le nombre total de décès reliés à la FTE chez les non-fumeurs est estimé à entre 3 000 et 3 500 par année au Canada (CNDTS, 1996). La FTE est en effet un facteur de risque important du cancer du poumon et des maladies cardiovasculaires chez les non-fumeurs (Environmental Protection Agency [EPA], 1997; CNDTS, 1996; Hackshaw et autres, 1997; Law et autres, 1997; Bonita et autres, 1999). Plus spécifiquement, on estime qu'au Canada, 330 non-fumeurs meurent chaque année d'un cancer du poumon causé par l'exposition à la FTE (Wigle et autres, 1987; CNDTS, 1996). Cet estimé s'élève à 94 décès pour le Québec (Morin et autres, 1992). L'exposition à la FTE est également associée à diverses maladies respiratoires et affections connexes chez les nourrissons et les jeunes enfants (EPA, 1997; CNDTS, 1996).

Bien des attentes ont été manifestées face à la présente enquête afin de déceler si la baisse des taxes sur les cigarettes a eu un effet sur la prévalence du tabagisme. Il faut se rappeler qu'en 1994, les gouvernements fédéral et provincial décidaient de diminuer les taxes sur le tabac afin de contrer la contrebande alors fort répandue et de plus en plus organisée. Toutefois, soucieux d'éviter que la baisse des taxes n'entraîne une augmentation du tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se dotait simultanément d'un plan d'action pour la lutte contre le tabagisme. Bref, depuis 1993, si un changement de comportement en matière de tabagisme chez les Québécois avait été noté, plusieurs interventions autres que la baisse des taxes

pourraient en être la cause. On n'a qu'à penser à la mise en place de programmes de prévention et de cessation, à l'adoption de mesures de protection des non-fumeurs, aux commandites de l'industrie du tabac, etc. Quoiqu'il en soit, il s'avère essentiel de surveiller l'évolution du tabagisme dans une période aussi effervescente. Il est d'ailleurs possible de le faire dans le cadre de la présente enquête puisque la plupart des données sont comparables à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

D'autre part, la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) mentionne dans trois de ses objectifs le tabagisme comme facteur de risque sur lequel il est important d'intervenir afin de prévenir les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies du système respiratoire. De plus, s'inscrivant dans la perspective des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997) retiennent le tabagisme comme étant l'une des priorités d'action en matière de santé publique. L'un des objectifs visés se lit comme suit « Que d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans et plus, composée de fumeurs réguliers ou occasionnels, passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %. ». L'*Enquête sociale et de santé 1998* peut contribuer à mesurer l'atteinte de cet objectif.

Le présent chapitre fait état de l'usage de la cigarette chez les 15 ans et plus selon le sexe et l'âge et aussi selon certaines variables démographiques et socioéconomiques. La quantité de cigarettes fumées chaque jour ainsi que l'âge auquel les fumeurs réguliers ont commencé à fumer quotidiennement y sont également présentés. À l'instar de l'enquête *Santé Québec 1987*, la fréquence de l'usage du cigare, de la pipe et du tabac à priser ou à chiquer est examinée. Il est à noter qu'en 1992-1993, les questions portant sur l'usage de ces produits du tabac n'avaient pas été reprises puisqu'en 1987, la prévalence de l'usage de ces produits était faible. De plus, rien n'indiquait à ce moment-là qu'un changement détectable sur une période quinquennale aurait pu se produire. Finalement, la perception de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison et dans les lieux publics est également décrite.

3.1 Aspects méthodologiques

3.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées pour la consommation de tabac sont les questions 20 à 32 du questionnaire autoadministré (QAA). La population québécoise de 15 ans et plus est répartie selon le type d'usage de la cigarette. Quatre catégories définissent cet usage : les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que tous les jours, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais ne plus fumer au moment de l'enquête et les personnes qui n'ont jamais fumé au cours de leur vie. Ces quatre catégories peuvent être regroupées en deux grandes classes : celle des fumeurs actuels et celle des non-fumeurs. Les fumeurs actuels regroupent les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels. Le groupe des non-fumeurs est constitué des anciens fumeurs et des personnes qui n'ont jamais fumé. La quantité de cigarettes fumées quotidiennement (QAA23) par les fumeurs réguliers est présentée selon les plages suivantes : de 1 à 10, de 11 à 25 et 26 cigarettes et plus.

La fréquence d'exposition à la FTE (QAA29) est présentée selon deux types de lieux d'exposition : la maison et les lieux publics tels arénas, clubs, restaurants, magasins, etc. La fréquence d'exposition retenue pour les analyses est « chaque jour ou presque chaque jour ». Il est à noter que pour les fumeurs, la FTE exclut la fumée provenant de leurs propres cigarettes.

3.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Par souci de comparabilité et afin de bien mesurer l'évolution des habitudes tabagiques chez la population de 15 ans et plus, les questions de la présente enquête ont été gardées identiques à celles des enquêtes de 1987 et 1992-1993. Ainsi, l'on pourra suivre l'évolution de l'usage du tabac au Québec depuis 10 ans. De plus, pour la première fois, l'enquête de 1998 fournit des informations sur la perception de l'exposition à la FTE, une question ayant été ajoutée à cet effet.

3.1.3 Portée et limites des données

L'usage du tabac est autodéclaré. Il se peut que par désirabilité sociale, il y ait une certaine sous-estimation de la consommation. Cependant, on observe un très faible taux de non-réponse partielle pour les variables d'analyse touchant le type de consommation de tabac, la quantité de cigarettes fumées et l'âge où le fumeur régulier a commencé à fumer tous les jours.

La question sur la FTE a été construite pour la présente enquête. Elle comporte trois éléments : l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison, dans le lieu d'activité principale et dans tout autre lieu public. Toutefois, la sous-question portant sur l'exposition à la FTE dans le lieu d'activité principale n'a pas été répondue correctement, ce qui invalide les résultats. Pour cette raison, seulement l'exposition à la FTE à la maison et celle dans les lieux publics ont été considérées. Les résultats ne prétendent pas mesurer l'exposition réelle mais présentent la perception de l'exposition par les répondants. De plus, il est à souligner que les taux de non-réponse partielle à ces deux sous-questions dépassent légèrement les 10 %, ce qui pourrait biaiser les résultats obtenus. Les non-répondants sont pour la plupart des personnes de 65 ans et plus et en particulier des femmes. Il est fort probable que ces personnes n'aient pas répondu aux questions parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par celles-ci. Si tel est le cas, les non-répondants seraient moins susceptibles d'être exposés à la FTE à la maison et dans les lieux publics que ceux qui ont répondu aux questions, ce qui entraînerait donc une surestimation de la proportion de gens âgés de 15 ans et plus qui sont exposés chaque jour ou presque à la FTE dans ces endroits.

3.2 Résultats

3.2.1 Usage de la cigarette

Fumeurs actuels

En 1998, on estime que 34 % des Québécois âgés de 15 ans et plus fument la cigarette, soit 31 % tous les jours et 3,5 % à l'occasion (tableau 3.1). Une proportion légèrement plus élevée d'hommes que de femmes fume la cigarette, soit 35 % et 33 %, respectivement. Par contre, selon les groupes d'âge, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes sauf pour le groupe des 20-24 ans, dans lequel 44 % des hommes fument alors que c'est le cas pour 36 % des femmes. Chez le groupe des 45-64 ans, on constate également une tendance chez les hommes à fumer dans une plus forte proportion que les femmes (34 % c. 30 %).

Chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, on observe une montée de la prévalence de l'usage de la cigarette avec l'âge : alors que 29 % des 15-17 ans fument, cette proportion monte à 38 % chez les 18-19 ans et se maintient chez les 20-24 ans (40 %) (tableau 3.2). Cette proportion se maintient également chez les 25-34 ans (38 %) et les 35-44 ans (40 %). Puis, la proportion de fumeurs actuels redescend rapidement avec l'âge pour atteindre 19 % chez les 65 ans et plus.

Par ailleurs, ce sont les Québécois âgés de 25 à 44 ans qui comptent la plus forte proportion de fumeurs réguliers (36 %), alors que les gens âgés de 65 ans et plus sont proportionnellement les moins nombreux à fumer régulièrement (18 %) (tableau 3.1). Il est à noter que la plus grande proportion de fumeurs occasionnels se retrouve chez les 15-24 ans (8 %).

Tableau 3.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
15-24 ans						
Hommes	43,7	18,7	62,4	7,6*	30,0	37,6
Femmes	42,0	23,7	65,7	7,8*	26,5	34,3
Total	**42,9**	**21,1**	**64,0**	**7,7**	**28,3**	**36,0**
15-19 ans						
Hommes	48,5	19,3	67,8	6,3*	25,9	32,2
Femmes	42,4	24,7	67,1	8,4*	24,6	32,9
Total	**45,5**	**22,0**	**67,5**	**7,3***	**25,2**	**32,6**
20-24 ans						
Hommes	38,1	17,9	56,0	9,2*	34,9	44,0
Femmes	41,6	22,6	64,1	7,1*	28,8	35,9
Total	**39,8**	**20,2**	**59,9**	**8,1***	**31,9**	**40,1**
25-44 ans						
Hommes	31,7	28,8	60,5	3,5*	36,1	39,6
Femmes	31,1	29,9	61,0	3,5*	35,5	39,0
Total	**31,4**	**29,3**	**60,7**	**3,5**	**35,8**	**39,3**
45-64 ans						
Hommes	16,9	49,1	66,0	2,2*	31,8	34,0
Femmes	33,0	36,6	69,6	1,8*	28,6	30,4
Total	**25,1**	**42,8**	**67,9**	**2,0***	**30,1**	**32,1**
65 ans et plus						
Hommes	21,6	57,8	79,4	1,2**	19,4	20,6
Femmes	50,0	32,3	82,3	1,3**	16,4	17,7
Total	**37,7**	**43,4**	**81,1**	**1,2****	**17,7**	**18,9**
Total						
Hommes	28,4	36,2	64,6	3,6	31,8	35,4
Femmes	36,2	31,2	67,4	3,4	29,2	32,6
Total	**32,4**	**33,7**	**66,0**	**3,5**	**30,5**	**34,0**
Pe '000	**1 887**	**1 971**	**3 858**	**201**	**1 767**	**1 967**

Pour les coefficients de variation et la source, voir au bas de la page.

Tableau 3.2

Type d'usage de la cigarette selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Sexes réunis						
15-17 ans	49,5	21,5	71,0	6,6*	22,3	29,0
18-19 ans	39,3	22,6	61,9	8,4*	29,7	38,1
20-24 ans	39,8	20,2	59,9	8,1*	31,9	40,1
25-34 ans	37,2	24,6	61,7	4,4	33,9	38,3
35-44 ans	26,8	33,1	59,9	2,8*	37,3	40,1
45-54 ans	24,8	40,8	65,5	2,0*	32,5	34,5
55-64 ans	25,6	45,9	71,6	2,0**	26,5	28,5
65 ans et plus	37,7	43,4	81,1	1,2**	17,7	18,9
Total	**32,4**	**33,7**	**66,0**	**3,5**	**30,5**	**34,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

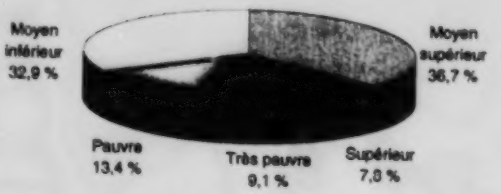
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En plus du sexe et de l'âge, la prévalence de l'usage de la cigarette a été analysée en fonction des variables démographiques et socioéconomiques suivantes : l'état matrimonial de fait, le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel.

Les gens mariés sont proportionnellement moins nombreux à fumer. On estime que 27 % d'entre eux fument la cigarette, alors que ceux qui vivent en union de fait présentent la plus forte proportion de fumeurs actuels, soit 44 % (tableau 3.3). Ceci s'observe dans tous les groupes d'âge (données non présentées).

La prévalence de l'usage de la cigarette augmente avec le niveau de pauvreté. Ainsi, les gens très pauvres et pauvres sont proportionnellement plus nombreux à fumer (46 % et 42 % respectivement) que les gens ayant un revenu moyen inférieur et moyen supérieur (35 % et 33 %) qui, eux, fument dans une plus forte proportion que les gens ayant un revenu supérieur (22 %). Cependant, il est très important de souligner que moins du quart (23 %) des fumeurs actuels sont très pauvres ou pauvres (figure 3.1). En effet, la majorité des fumeurs actuels, soit 70 %, ont un revenu moyen (inférieur ou supérieur) et 8 % ont un revenu supérieur.

Figure 3.1
Distribution des fumeurs actuels selon le niveau de revenu, fumeurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 3.3
Type d'usage de la cigarette selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
État matrimonial de fait						
Marié(e)	31,6	41,6	73,1	2,0	24,9	26,9
En union de fait	26,8	29,4	56,2	3,7*	40,1	43,8
Veuf, séparé ou divorcé	29,3	34,3	63,5	2,0**	34,5	36,5
Célibataire	38,7	22,7	61,4	6,6	32,0	38,6
Niveau de revenu						
Très pauvre	28,1	25,7	53,9	3,3**	42,8	46,1
Pauvre	30,3	28,1	58,4	4,1*	37,5	41,6
Moyen inférieur	32,7	32,7	65,4	3,5	31,1	34,6
Moyen supérieur	32,0	35,2	67,3	3,2	29,5	32,7
Supérieur	36,8	40,8	77,6	3,9*	18,5	22,4
Scolarité relative						
Plus faible	27,5	26,0	53,4	2,2*	44,4	46,6
Faible	29,4	32,1	61,4	3,1*	35,5	38,6
Moyenne	32,7	33,6	66,3	3,5*	30,2	33,7
Élevée	31,3	38,2	69,5	4,2	26,2	30,4
Plus élevée	40,5	38,1	78,6	4,2	17,1	21,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 3.4
Type d'usage de la cigarette selon le sexe et le groupe ethnoculturel, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Hommes						
Groupe majoritaire	27,8	36,4	**64,2**	3,4	32,4	**35,8**
Groupe minoritaire	34,0	34,7	**68,7**	5,1*	26,2	**31,3**
Femmes						
Groupe majoritaire	33,9	31,9	**65,8**	3,3	30,9	**34,2**
Groupe minoritaire	55,4	26,1	**81,5**	3,9**	14,6	**18,5**
Sexes réunis						
Groupe majoritaire	30,9	34,1	**65,0**	3,3	31,6	**35,0**
Groupe minoritaire	44,5	30,5	**75,0**	4,5*	20,5	**25,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

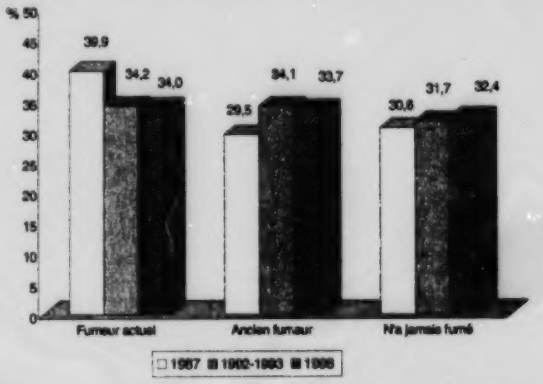
Par ailleurs, on observe une relation entre le niveau de scolarité relative et la proportion de fumeurs. Les individus ayant la scolarité relative la plus faible sont proportionnellement plus nombreux à fumer (47 %) que les autres (tableau 3.3). Inversement, les personnes dont la scolarité relative est la plus élevée sont en proportion moins nombreuses à fumer (21 %).

Selon l'appartenance ethnoculturelle, on observe une proportion plus importante de fumeurs actuels dans le groupe ethnique majoritaire (35 %) que dans le groupe minoritaire (25 %) (tableau 3.4). Alors que cette différence est très prononcée chez les femmes (34 % c. 19 %), elle n'est pas statistiquement significative chez les hommes.

Bien que par rapport à 1987, on ait observé en 1992-1993 une baisse dans la proportion de fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus, celle-ci passant de 40 % à 34 %, on ne note plus une telle diminution entre 1992-1993 et 1998 (figure 3.2 et tableau C.3.1). En effet, en 1998, la prévalence de l'usage de la cigarette dans la population de 15 ans et plus est demeurée sensiblement la même qu'en 1992-1993.

De plus, en 1998, les jeunes âgés de 15 à 19 ans fument dans des proportions semblables (environ 33 %) à celles de 1992-1993 et de 1987 (figure 3.3).

Figure 3.2
Type d'usage de la cigarette, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



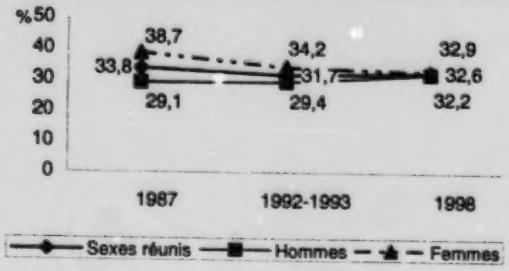
Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chez les jeunes filles, toutefois, la proportion de fumeuses actuelles aurait baissé de 39 % en 1987 à 33 % en 1998.

Nombre et type de cigarettes fumées

Les deux tiers des fumeurs réguliers de 15 ans et plus consomment de 11 à 25 cigarettes par jour, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes (tableau 3.5).

Figure 3.3
Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Québec, 1987, 1992-1993, 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 3.5
Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon le sexe et l'âge, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998

	1-10	11-25	26 et plus
		%	
Hommes	17,9	67,1	15,0
Femmes	26,6	65,9	7,5
Sexes réunis			
15-24 ans	38,2	60,0	1,9**
25-44 ans	18,8	70,5	10,7
45-64 ans	16,6	65,4	18,0
65 ans et plus	30,6	59,2	10,2**
Total	**22,1**	**66,5**	**11,4**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

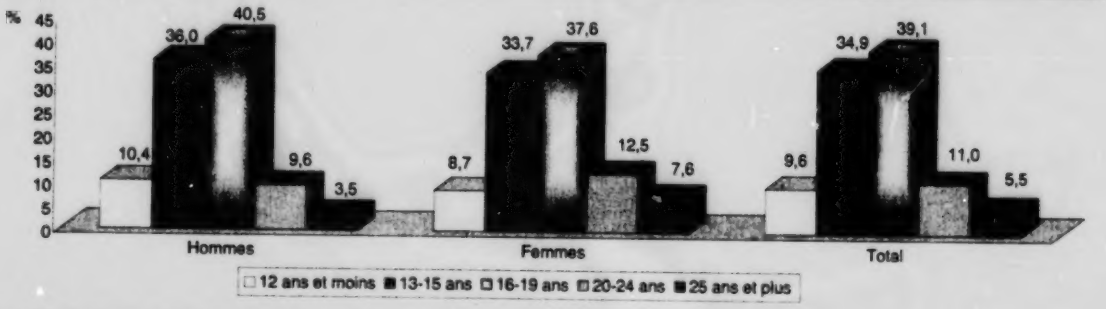
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par contre, près de deux fois plus d'hommes que de femmes sont de gros fumeurs (26 cigarettes et plus par jour) : 15 % contre 8 %. Ce sont les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus qui comptent les plus fortes proportions de fumeurs consommant de 1 à 10 cigarettes par jour. De plus, la grande majorité (96 %) des fumeurs réguliers consomment des cigarettes à bout filtre (données non présentées).

Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette

La majorité des fumeurs réguliers (84 %) ont commencé à fumer la cigarette tous les jours avant l'âge de 20 ans, soit 80 % des femmes et 87 % des hommes (figure 3.4). Chez les fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, 17 % ont acquis l'habitude de fumer quotidiennement avant l'âge de 13 ans et 45 %, entre 13 et 15 ans (tableau 3.6). Depuis 1987, on observe une tendance à la hausse (de 11 % en 1987 à 17 % en 1998) quant à la proportion de jeunes fumeurs réguliers âgés de 15 à 24 ans qui ont commencé à fumer avant l'âge de 13 ans.

Figure 3.4
Âge auquel la personne a commencé à fumer la cigarette tous les jours, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 3.6
Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette, fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	12 ans ou moins	13-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
		%		
1987	11,3*	46,1	38,4	4,2**
1992-1993	12,6	50,4	33,6	3,4**
1998	16,7	45,0	34,1	4,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

3.2.2 Usage du cigare, de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser

L'usage de la pipe demeure marginal, environ 1 % de la population de 15 ans et plus en faisant usage (données non présentées). De même, l'usage du tabac à chiquer ou à priser se fait très rare, un maigre 0,5 % des Québécois en consommant (données non présentées). Par contre, le cigare est un peu plus populaire, 6 % des gens étant des adeptes du cigare (tableau 3.7). Il est surtout l'apanage des hommes : 9 % d'entre eux fument le cigare contre 2,6 % des femmes. Son usage est plus souvent occasionnel que quotidien et se rencontre surtout chez les fumeurs de cigarette (données non présentées). La consommation du cigare est plus répandue chez les jeunes personnes de 15 à 24 ans (10 %) que chez celles appartenant aux autres groupes d'âge (de 2 % à 6 %) (tableau 3.7). Plus particulièrement, l'usage du cigare se concentre chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. En effet, 15 % des 15-24 ans et 10 % des 25-44 ans fument le cigare. Par rapport à 1987, la proportion de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui fument le cigare a plus que doublé, passant de 6 % à 15 % en une décennie.

3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Exposition à la FTE à la maison

Plus du tiers (37 %) des Québécois de 15 ans et plus se disent exposés chaque jour ou presque à la fumée de cigarette des autres fumeurs à la maison (tableau 3.8). Les femmes et les hommes sont exposés dans des proportions semblables (respectivement 35 % et 38 %). Les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux (45 %) à être exposés chaque jour ou presque à la FTE à la maison comparativement aux autres groupes d'âge, alors que l'inverse se produit pour les gens de 65 ans et plus (24 %). De même, moins les gens sont scolarisés, plus ils sont proportionnellement nombreux à être exposés quotidiennement ou presque à la FTE à la maison. Il en va ainsi pour le niveau de revenu. Selon l'appartenance ethnoculturelle, les individus faisant partie du groupe majoritaire sont exposés en plus forte proportion à la FTE à la maison comparativement à ceux qui appartiennent au groupe minoritaire (37 % c. 28 %). Enfin, près des deux tiers des fumeurs actuels (64 %) sont exposés à la FTE à la maison chaque jour ou presque, alors que c'est le cas pour 23 % des non-fumeurs (figure 3.5).

Tableau 3.7

Usage du cigare selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Non-fumeur		Fumeur actuel	
	1987	1998	1987	1998
	%			
15-24 ans				
Hommes	94,1	84,6	5,9*	15,4
Femmes	99,6	95,9	0,4**	4,1*
Total	96,9	90,2	3,2*	9,8
25-44 ans				
Hommes	93,1	90,0	6,9	10,0
Femmes	99,8	97,3	0,2**	2,8*
Total	96,5	93,6	3,5	6,4
45-64 ans				
Hommes	94,8	94,5	5,2*	5,6
Femmes	99,8	97,6	0,2**	2,4*
Total	97,4	96,0	2,7*	4,0
65 ans et plus				
Hommes	94,6	96,9	5,4**	3,1**
Femmes	99,8	99,0	0,2**	1,0**
Total	97,5	98,0	2,5**	2,0**
Sexes réunis				
Hommes	93,9	91,2	6,1	8,8
Femmes	99,8	97,4	0,2**	2,6
Total	**96,9**	**94,3**	**3,1**	**5,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Exposition à la FTE dans les lieux publics

Un peu plus du quart (26 %) des Québécois se disent exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac des autres dans les lieux publics (tableau 3.8). Plus d'hommes que de femmes le sont (32 % c. 20 %). Encore une fois, l'exposition diminue avec l'âge, passant de 38 % chez les 15-24 ans à 13 % chez les 65 ans et plus. Il en va de même pour les personnes ayant la scolarité relative la moins élevée (31 %) comparativement à celles ayant la scolarité relative la plus élevée (21 %). Selon le niveau de revenu, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les groupes. Par ailleurs, une proportion légèrement plus grande d'individus issus du groupe ethnoculturel majoritaire sont exposés à la FTE quotidiennement ou presque dans les lieux publics par rapport à ceux appartenant au groupe minoritaire.

Tableau 3.8

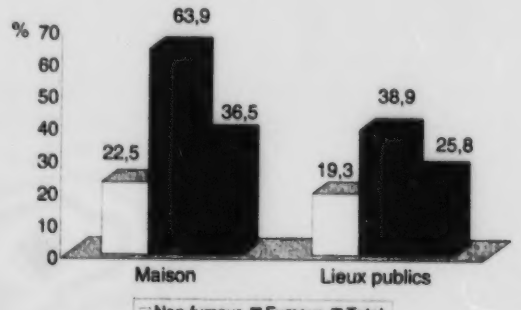
Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE selon le lieu d'exposition et certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Maison	Lieux publics
	%	
Hommes	37,9	31,6
Femmes	35,1	19,9
Sexes réunis		
15-24 ans	45,2	38,1
25-44 ans	36,4	26,3
45-64 ans	35,8	21,3
65 ans et plus	24,1	13,3
Scolarité relative		
Plus faible	52,4	30,6
Faible	43,2	28,5
Moyenne	38,1	25,7
Élevée	30,3	25,1
Plus élevée	21,1	20,6
Niveau de revenu		
Très pauvre	44,1	30,4
Pauvre	44,8	27,2
Moyen inférieur	38,3	25,2
Moyen supérieur	36,2	25,7
Supérieur	22,0	24,0
Groupe ethnoculturel		
Majoritaire	37,3	26,1
Minoritaire	27,9	21,3
Total	**36,5**	**25,8**
Pe'000	**2 094**	**1 450**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure 3.5

Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE, selon le type d'usage de la cigarette et le lieu d'exposition, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enfin, en proportion, deux fois plus de fumeurs que de non-fumeurs (39 % c. 19 %) sont ainsi exposés à la FTE dans les lieux publics (figure 3.5).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 34 % des Québécois fument la cigarette soit tous les jours (31 %) soit à l'occasion (3,5 %). La prévalence de l'usage de la cigarette est donc demeurée la même qu'en 1992-1993 (Santé Québec, 1995). Au cours de ce laps de temps, deux autres études de Statistique Canada ont révélé des taux de tabagisme au Québec de 35 % en 1994-1995 et de 34 % en 1996-1997 (Aubin et autres, 1996; Santé Canada, 1999a). Ces données montrent une relative stabilité des taux de tabagisme entre 1993 et 1998. Il est toutefois à noter que les questions visant à établir la prévalence du tabagisme dans les deux études de Statistique Canada diffèrent de celles utilisées par Santé Québec, ce qui pourrait limiter la comparabilité des résultats.

Par ailleurs, autre constat important, en 1998, les femmes âgées de 15 ans et plus fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes (33 % c. 35 % respectivement). Plus particulièrement, les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont, en proportion, nettement moins nombreuses que leurs confrères à s'adonner à cette habitude, soit 36 % contre 44 %. Par contre, dans les autres groupes d'âge, il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes. Bien que des enquêtes effectuées chez les jeunes du secondaire démontrent que les jeunes filles fument en plus grande proportion que les jeunes hommes (Cloutier et autres, 1994; Loiselle, 1999), la présente enquête ne détecte aucune différence entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans.

A priori, ces résultats peuvent sembler contradictoires mais ils sont fort plausibles. En effet, chez les élèves du secondaire, le fait que les jeunes filles fument en proportion plus importante que les jeunes hommes pourrait être attribuable à deux raisons. La première serait que les filles étant plus précoces que les garçons, elles commencent plus jeunes à fumer. Par conséquent, de façon transitoire, parmi les jeunes du secondaire habituellement âgés entre 12 et 17 ans, la proportion de fumeuses dépasse donc celle des fumeurs. La seconde aurait trait au décrochage scolaire qui se veut plus important chez les garçons que chez les filles. Or, le taux de tabagisme chez les décrocheurs serait plus important que chez les non-décrocheurs. Donc, la proportion de fumeurs parmi la population captive masculine du secondaire ne serait pas représentative de celle de tous les jeunes hommes de cet âge.

Bref, pour les raisons invoquées, lorsque l'on considère les jeunes du secondaire, les filles fument en plus grande proportion que les garçons. Toutefois, lorsque l'on considère l'ensemble des jeunes âgés de 15 à 19 ans, cette différence s'estompe. Autant de jeunes femmes que de jeunes hommes fument. L'effet du décrochage ne s'applique plus et le groupe d'âge est légèrement plus vieux, de sorte que les jeunes hommes ont eu le temps de rattraper leurs consœurs.

De plus, le fait que les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans soient proportionnellement beaucoup plus nombreux à fumer que les jeunes femmes suggère qu'une proportion plus importante d'hommes que de femmes commencent à fumer entre 20 et 24 ans.

L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (Santé Canada, 1999b) obtient des résultats semblables chez les Canadiens âgés de 15 à 19 ans : l'usage du tabac est aussi répandu chez les filles (29 %) que chez les garçons (28 %). De même, chez les 20-24 ans, cette enquête canadienne révèle que les hommes sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette que les femmes, soit 39 % contre 29 %.

De plus, le tabagisme ne serait pas en hausse chez les jeunes de 15 à 19 ans depuis 1987. La proportion de fumeurs actuels dans ce groupe d'âge est relativement constante dans les trois enquêtes : 34 % en 1987, 32 % en 1992-1993 et 33 % en 1998. D'ailleurs, les jeunes filles fumeraient proportionnellement en moins grand

nombre en 1998 qu'en 1987, la proportion de fumeuses actuelles ayant diminué de 39 % en 1987 à 33 % en 1998.

Selon l'état matrimonial de fait, les gens mariés sont proportionnellement les moins nombreux à fumer (27 %), alors que ceux qui vivent en union de fait comptent la plus grande proportion de fumeurs actuels (44 %). Autre fait important, 77 % des fumeurs ont un niveau de revenu moyen ou supérieur. Par conséquent, les programmes ciblant les plus démunis sur le plan socio-économique, bien que légitimes, ne visent que 23 % des fumeurs.

Malgré que l'usage de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser demeure marginal (1 % et 0,5 %, respectivement), le cigare connaît une certaine popularité. Quelque 6 % des Québécois en font usage, surtout de façon occasionnelle. Sa consommation se concentre principalement chez les hommes (9 %) et plus spécifiquement chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans (15 %). L'usage du cigare serait à la hausse chez les jeunes Québécois de sexe masculin, la proportion d'usagers ayant fait un bond de 6 % à 15 % entre 1987 et 1998.

Bien que la question qui permette d'évaluer l'exposition de la population à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) présente certaines limites mentionnées en début de chapitre, des résultats intéressants se dégagent. La maison est source d'exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE pour 37 % des Québécois. C'est moins du quart (23 %) des non-fumeurs et près des deux tiers (64 %) des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, le quart des Québécois (26 %) se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque. Quelque 19 % des non-fumeurs sont exposés alors que c'est le cas pour 39 % des fumeurs. Enfin, la *Loi sur le tabac*, entrée en vigueur en décembre 1999, peu après cette enquête, devrait réduire de façon notable l'exposition à la FTE dans les divers lieux publics.

Dans les enquêtes futures, il serait souhaitable d'adapter les questions portant sur la prévalence de l'usage de la cigarette en tenant compte des recommandations internationales. Cela permettrait une meilleure comparaison avec d'autres enquêtes, dont celles de Statistique Canada et de Santé Canada qui produisent des résultats par province.

Par ailleurs, il faudra continuer de surveiller l'évolution de la consommation du cigare, qui est à la hausse au Québec depuis une dizaine d'années. Bien que l'usage de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser demeure marginal, il n'est pas superflu de continuer à en suivre l'évolution. Le tabac à chiquer ou à priser constituant une alternative sans fumée à la cigarette dans les lieux où il est interdit de fumer, son usage pourrait bien devenir plus répandu. Enfin, il s'avère essentiel d'améliorer la mesure de la perception de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement afin de réduire le taux de non-réponse partielle.

Éléments de réflexion pour la planification

En 1998, la réduction du tabagisme chez les jeunes demeure toujours un défi de taille pour la santé publique. En effet, comparativement à 1987 et à 1992-1993, la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes de 15 à 19 ans est demeurée inchangée.

De plus, les résultats de la présente enquête démontrent que les jeunes hommes constituent une cible d'intervention tout aussi importante que les jeunes femmes. En effet, chez les 15-19 ans, les deux sexes fument dans des proportions semblables, alors que chez les 20-24 ans, les hommes fument dans des proportions beaucoup plus importantes que leurs consœurs. L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, phase 1 (février-juin 1999), fait état de résultats similaires au niveau canadien.

D'autre part, afin de maximiser l'impact sur la population, il ne faudrait pas limiter les interventions de réduction du tabagisme aux plus démunis sur le plan socioéconomique. En effet, 77 % des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus appartiennent à la classe moyenne ou supérieure.

Les résultats de la présente enquête confirment qu'il faut continuer à consacrer les efforts nécessaires à la réduction de l'ampleur du tabagisme. Il y aura peut-être lieu d'explorer de nouvelles approches.

Bibliographie

AUBIN, J., L. CAOUETTE et J. GRATTON (1996). *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : analyse d'enquêtes multiples*, Monographie n° 4, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 142 p.

BENOWITZ, N. L. (1988). « Drug therapy. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction », *New England Journal of Medicine*, vol. 319, n° 20, p. 1318-1330.

BONITA, R., et autres (1999). « Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke », *Tobacco Control*, vol. 8, p. 156-160.

CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (1995). *Les conséquences du tabagisme pour la santé*, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 18 p.

CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (1996). *La fumée de tabac dans l'environnement : Ses conséquences générales pour la santé*, 7 p.

CLOUTIER, R., et autres (1994). *Enquête « Ados, familles et milieux de vie »*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, 124 p.

ELLISON, L. F., et autres (1999). « Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : Mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 1, p. 42-45.

ELLISON, L. F., Y. MAO et L. GIBBONS (1995). « Projected moking–attributable mortality in Canada, 1991-2000 », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 16, n° 2, p. 84-89.

ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (1997). *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, final report*, California, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 49 p.

HACKSHAW, A. K., M. R. LAW et N. J. WALD (1997). « The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke », *British Medical Journal*, vol. 315, p. 980-988.

HOPPER, J. L., et E. SEEMAN (1994). « The bone density of female twins discordant for tobacco use », *New England Journal of Medicine*, vol. 330, n° 6, p. 387-392.

LAW, M. R., J. K. MORRIS et N. J. WALD (1997). « Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: An evaluation of the evidence », *British Medical Journal*, vol. 315, p. 973-980.

LOISELLE, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 105 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MORIN, M., M. J. KAISERMAN et K. LEAHY (1992). « Mortalité régionale attribuable au tabagisme au Canada, 1989 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, n° 4, p. 71-75.

PETO, R., et autres (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: Indirect estimates from National Vital Statistics*, Oxford, Oxford University Press, 553 p.

PIRKLE, J. L., et autres (1996). Exposure of the US population to environmental tobacco smoke, *JAMA*, vol. 275, n° 16, p. 1233-1240.

SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ - LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1999a). *Faits saillants de l'Enquête nationale sur la santé de la population, Le tabagisme au Canada*, Cycle 2 (1996-1997).

SANTÉ CANADA (1999b). *Sommaire des résultats, ESUTC (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada)*, Phase 1, février-juin 1999.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

WIGLE, D. T., et autres (1987). « Deaths in Canada from lung cancer due to involontary smoking », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 136, p. 945-951.

Tableau C.3.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Hommes						
15-17 ans						
1987	60,1	12,4	**72,5**	6,5**	21,0	**27,5**
1992-1993	54,5	19,3	**73,8**	6,7*	19,5	**26,3**
1998	52,4	17,9	**70,3**	5,3**	24,4	**29,7**
18-19 ans						
1987	52,5	15,5	**68,0**	5,8**	26,2	**32,0**
1992-1993	49,7	15,8	**65,5**	6,4*	28,1	**34,5**
1998	42,5	21,5	**64,0**	8,0**	28,1	**36,1**
20-24 ans						
1987	42,1	16,8	**58,9**	5,7**	35,4	**41,1**
1992-1993	44,0	19,1	**63,1**	4,8*	32,1	**36,9**
1998	38,1	17,9	**56,0**	9,2*	34,9	**44,0**
25-44 ans						
1987	22,1	32,2	**54,3**	4,4*	41,3	**45,7**
1992-1993	28,2	30,9	**59,2**	4,1	36,8	**40,9**
1998	31,7	28,8	**60,4**	3,5*	36,1	**39,6**
45-64 ans						
1987	14,6	43,6	**58,1**	3,8*	38,0	**41,9**
1992-1993	17,8	48,8	**66,6**	2,1*	31,3	**33,4**
1998	16,9	49,1	**66,0**	2,2*	31,8	**34,0**
65 ans et plus						
1987	17,5	52,5	**70,1**	3,0**	26,9	**29,9**
1992-1993	18,1	58,2	**76,3**	2,0**	21,7	**23,7**
1998	21,6	57,8	**79,4**	1,2**	19,4	**20,6**
Total						
1987	**25,5**	**33,4**	**58,9**	**4,4**	**36,6**	**41,1**
1992-1993	**27,8**	**36,5**	**64,3**	**3,6**	**32,1**	**35,7**
1998	**28,4**	**36,2**	**64,6**	**3,6**	**31,8**	**35,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C. 3.1 (suite)

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
			%			
Femmes						
15-17 ans						
1987	45,8	17,1	**62,8**	10,1**	27,1	**37,2**
1992-1993	43,4	24,4	**67,8**	9,9*	22,3	**32,2**
1998	46,5	25,3	**71,8**	8,0**	20,2	**28,2**
18-19 ans						
1987	41,7	17,3	**59,0**	11,0**	30,0	**41,0**
1992-1993	44,7	17,9	**62,6**	11,9*	25,5	**37,4**
1998	36,0	23,8	**59,8**	8,9**	31,3	**40,2**
20-24 ans						
1987	29,9	21,4	**51,3**	6,8*	41,9	**48,7**
1992-1993	37,6	24,3	**61,9**	6,9	31,3	**38,1**
1998	41,6	22,6	**64,1**	7,1*	28,8	**35,9**
25-44 ans						
1987	28,0	28,2	**56,2**	5,6	38,2	**43,8**
1992-1993	28,3	32,5	**60,8**	3,8	35,4	**39,2**
1998	31,1	29,9	**61,0**	3,5*	35,5	**39,0**
45-64 ans						
1987	37,8	27,8	**65,6**	4,0*	30,4	**34,4**
1992-1993	34,6	36,3	**70,9**	2,7	26,5	**29,1**
1998	33,0	36,6	**69,6**	1,8*	28,6	**30,4**
65 ans et plus						
1987	56,2	23,2	**79,4**	2,3**	18,3	**20,6**
1992-1993	53,8	30,3	**84,0**	1,3**	14,7	**16,0**
1998	50,0	32,3	**82,3**	1,3**	16,4	**17,7**
Total						
1987	**35,4**	**25,8**	**61,2**	**5,4**	**33,4**	**38,8**
1992-1993	**35,5**	**31,7**	**67,2**	**4,0**	**28,8**	**32,8**
1998	**36,2**	**31,2**	**67,4**	**3,4**	**29,2**	**32,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C. 3.1 (suite)

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Sexes réunis						
15-17 ans						
1987	53,2	14,7	**67,8**	8,3*	23,9	**32,2**
1992-1993	49,0	21,8	**70,9**	8,3*	20,9	**29,2**
1998	49,5	21,5	**71,0**	6,6*	22,3	**29,0**
18-19 ans						
1987	47,0	16,4	**63,4**	8,4**	28,2	**36,6**
1992-1993	47,2	16,9	**64,1**	9,1*	26,8	**35,9**
1998	39,3	22,6	**61,9**	8,4*	29,7	**38,1**
20-24 ans						
1987	36,0	19,1	**55,1**	6,3*	38,6	**44,9**
1992-1993	40,8	21,7	**62,5**	5,8*	31,7	**37,5**
1998	39,8	20,2	**59,9**	8,1*	31,9	**40,1**
25-44 ans						
1987	25,1	30,2	**55,3**	5,0	39,8	**44,8**
1992-1993	28,3	31,7	**60,0**	4,0	36,1	**40,0**
1998	31,4	29,3	**60,7**	3,5	35,8	**39,3**
45-64 ans						
1987	26,5	35,5	**61,9**	3,9	34,1	**38,1**
1992-1993	26,3	42,5	**68,8**	2,4*	28,9	**31,3**
1998	25,1	42,8	**67,9**	2,0*	30,1	**32,1**
65 ans et plus						
1987	39,3	36,1	**75,3**	2,6**	22,1	**24,7**
1992-1993	38,6	42,2	**80,8**	1,6**	17,7	**19,3**
1998	37,7	43,4	**81,1**	1,2**	17,7	**18,9**
Total						
1987	**30,6**	**29,5**	**60,1**	**4,9**	**35,0**	**39,9**
1992-1993	**31,7**	**34,1**	**65,8**	**3,8**	**30,4**	**34,2**
1998	**32,4**	**33,7**	**66,0**	**3,5**	**30,5**	**34,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 4
Consommation d'alcool

Serge Chevalier
Odette Lemoine
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Dans l'étude de la santé des populations, il est important de considérer la consommation d'alcool tant en ce qui a trait à la quantité absorbée qu'en ce qui concerne le profil de consommation. Si elle est effectuée de façon régulière et modérée (une à deux consommations par jour), elle est de plus en plus reconnue pour avoir certains effets bénéfiques sur les plans psychologique, social et de la santé, notamment sur les maladies coronariennes (Ashley et autres, 1997; Bondy, 1996). Lorsqu'elle excède douze consommations par semaine (ou trois à quatre par jour), elle devient associée à un risque accru de conséquences négatives et peut même devenir nocive si cinq consommations sont prises en une seule occasion ou si elle cause l'enivrement (Ashley et autres, 1997; Midanik et Greenfield, 2000; Guyon et Landry, 1996; Rehm et autres, 1996). La consommation excessive d'alcool, qu'elle soit de nature occasionnelle ou chronique, augmente la probabilité de développer des problèmes particuliers de santé pouvant toucher l'un ou l'autre des systèmes vitaux - circulatoire, respiratoire, digestif ou nerveux central (Bondy, 1996; Munoz-Perez et Nizard, 1991). Elle est aussi associée à un ensemble de problèmes d'ordre social ou comportemental, comme la négligence ou la violence familiale, et à un risque accru d'accidents et de traumatismes, plus particulièrement d'accidents routiers (Midanik et Greenfield, 2000; Guyon et Landry, 1996; Landry et autres, 1994; Robbins, 1989; Shepherd et autres, 1989; Munoz-Perez et Nizard, 1991; Sales et autres, 1989). En ce sens, on doit porter une attention particulière aux jeunes, chez qui l'intoxication est particulièrement fréquente (Chevalier, 1995), ce qui n'est pas sans conséquences pour leur santé et leur sécurité (Guyon et Geoffrion, 1997).

Dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, la présente enquête vise à documenter le comportement de la population québécoise en matière de consommation d'alcool selon trois aspects : le type de buveur, la quantité d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. En comparant les données de la présente enquête à celles des enquêtes précédentes, il est possible d'analyser l'évolution de la consommation en regard de l'objectif particulier de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec qui vise à réduire de 15 %, pour l'ensemble de la population, la consommation d'alcool d'ici l'an 2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) et en regard des priorités de santé publique qui incluront éventuellement un volet spécifique portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Biron, 1998).

Le texte qui suit présente le profil de consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus. Il débute par la description des indices utilisés et une discussion succincte des limites de ces construits. Par la suite, chacun des trois aspects retenus est étudié en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de revenu et est comparé aux résultats des enquêtes précédentes. Une attention particulière est portée à la consommation chez les jeunes. La conclusion dégage certaines pistes de réflexion pour la recherche et la planification.

4.1 Aspects méthodologiques

4.1.1 Indicateurs

La consommation d'alcool est décrite selon les trois indicateurs habituellement utilisés dans les enquêtes auprès de la population : le type de buveur, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. À l'instar des enquêtes précédentes, trois types de buveurs sont examinés (QAA33 et QAA34) : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais de leur vie consommé d'alcool; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé la collecte des données; et les buveurs actuels, qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée pour les buveurs actuels seulement, selon le nombre déclaré de consommations pour les sept jours ayant précédé l'enquête (QAA43). Au sens du questionnaire, une consommation se définit comme une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie; on indique au répondant que la bière titrée à 0,5 % d'alcool est à exclure du calcul des consommations. Enfin, la fréquence de consommation élevée est mesurée chez les buveurs actuels à partir de deux indicateurs, soit le nombre de fois durant l'année ayant précédé la collecte des données où la consommation d'alcool en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA37), mesure couramment utilisée pour identifier les grands buveurs (Room, 1990), et le nombre de fois, au cours de la même période, où une personne estime s'être enivrée (QAA40). Les onze questions portant sur la consommation d'alcool apparaissent à la section VI du questionnaire autoadministré (QAA).

4.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions de la présente enquête demeurent essentiellement identiques à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Seule une question portant sur la prise de huit consommations en une même occasion (QAA38) a été ajoutée en 1998 mais les données recueillies n'ont pas été traitées. D'abord, la prévalence du comportement fournit de trop petits effectifs pour permettre les analyses souhaitées. Ensuite, ces données ne permettaient pas la comparaison avec celles des enquêtes précédentes et, enfin, n'apportaient pas d'informations supplémentaires à celles obtenues par la question QAA37 portant sur l'absorption de cinq consommations à une même occasion.

Il est également possible de comparer certaines données à celles de l'enquête *Santé Québec 1987*. En effet, deux questions portant sur les types de buveurs (QAA33 et QAA34) sont identiques à celles de 1987 et une autre, faisant appel à la consommation hebdomadaire (QAA43), a légèrement été modifiée depuis. Toutefois, ayant déjà utilisé cette dernière question sous ses deux formes, Santé et Bien-être social Canada (1994) estime que cette modification n'entrave pas la comparabilité des résultats.

Malgré les mises en garde présentées ci-après, les résultats obtenus aux questions retenues permettent de décrire, de façon adéquate, les divers profils de consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus, ainsi que l'évolution des habitudes de consommation depuis 1987.

4.1.3 Portée et limites des données

Les considérations se rapportant à la validité et à la fiabilité de l'information recueillie par l'entremise des questions portant sur la consommation d'alcool demeurent identiques à celles formulées antérieurement (Chevalier, 1995). Ainsi, les questions servant à établir la quantité hebdomadaire d'alcool consommé semblent particulièrement fiables pour les populations en général, particulièrement pour les personnes qui consomment peu (Webb et autres, 1991). Par contre, la fiabilité serait moindre pour les personnes dont la consommation est très élevée (Webb et autres, 1991; Seppä et autres, 1990). Dans l'ensemble, les déclarations peuvent sous-estimer la consommation réelle, une partie de la sous-déclaration étant

attribuable à la difficulté de se remémorer la fréquence d'un comportement (Burton et Blair, 1991; Presser, 1984).

Rappelons qu'à partir de ces données, il n'est pas possible d'établir un taux d'alcoolisme ou de consommation à risque au sein de la population. La mesure de la quantité d'alcool consommé porte sur une période d'une semaine seulement. De plus, il est généralement reconnu qu'une partie des grands consommateurs sont peu accessibles ou refusent de répondre soit à l'enquête elle-même, soit aux questions particulières concernant la consommation d'alcool (Chevalier et autres, 1995; Seppä et autres, 1990). Enfin, il faut rappeler que le questionnaire autoadministré (QAA) ne s'adresse qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie de la population commence à consommer de l'alcool avant cet âge.

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 %, sauf à la question QAA37 portant sur l'absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion (7 %) et à la question QAA40 portant sur l'enivrement (8 %) (tableau C.4.1). Pour la question traitant de la prise de cinq consommations en une même occasion, la non-réponse partielle augmente avec l'âge, chez les deux sexes, pour atteindre environ 9 % chez les personnes de 45 à 64 ans et près de 26 % chez celles de 65 ans et plus. On note aussi que plus le niveau de revenu est faible, plus le taux de non-réponse partielle est élevé. Pour l'enivrement, la non-réponse partielle croît aussi avec l'âge, pour les deux sexes; elle est de l'ordre de 11 % chez les personnes de 45 à 64 ans et de 28 % chez celles de 65 ans et plus. Ici aussi, plus le niveau de revenu est faible, plus le taux de non-réponse partielle augmente. Cette distribution de la non-réponse partielle pourrait induire une certaine surestimation du taux de réponse en faveur de ces comportements (absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion et enivrement).

4.2 Résultats

4.2.1 Types de buveurs

En 1998, environ quatre Québécois sur cinq (81 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois (tableau 4.1). La proportion des buveurs actuels varie en fonction du sexe et de l'âge. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer que les femmes (86 % c. 77 %); on note une tendance similaire pour chaque groupe d'âge. La proportion la plus élevée de buveurs actuels se retrouve chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 4.1
Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais bu	Anciens buveurs[1]	Buveurs actuels[2]	Pe
		%		'000
Hommes				
15-24 ans	10,1	1,2**	88,8	442
25-44 ans	5,3	5,3	89,4	1050
45-64 ans	6,6	8,7	84,8	714
65 ans et plus	14,9	14,6	70,5	245
Total	**7,6**	**6,7**	**85,7**	**2 450**
Femmes				
15-24 ans	12,1	2,4*	85,5	407
25-44 ans	11,5	4,6	83,9	964
45-64 ans	18,3	5,0	76,7	666
65 ans et plus	41,6	9,4	49,0	230
Total	**17,9**	**5,1**	**77,0**	**2 267**
Sexes réunis				
15-24 ans	11,1	1,8*	87,2	848
25-44 ans	8,3	5,0	86,7	2014
45-64 ans	12,5	6,8	80,7	1380
65 ans et plus	29,8	11,7	58,5	475
Total	**12,8**	**5,9**	**81,3**	**4 717**

1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les femmes (18 %) sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes (8 %) à n'avoir jamais consommé d'alcool. À tous les âges, sauf chez les 15-24 ans, pour lesquels la tendance est quand même observée, il y a significativement plus de femmes que d'hommes qui n'ont jamais consommé d'alcool.

La proportion d'anciens buveurs est un peu plus élevée chez les hommes (7 %) que chez les femmes (5 %). Chez les hommes, cette proportion augmente significativement avec l'âge et atteint près de 15 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les femmes, on note une tendance semblable, mais seule la proportion observée chez les 65 ans et plus (9 %) est significativement plus élevée que celles notées aux autres âges.

Enfin, la proportion de buveurs actuels augmente avec le niveau de revenu, passant d'environ 66 % pour les personnes très pauvres à plus de 92 % pour celles qui bénéficient d'un niveau de revenu supérieur (tableau 4.2). Les abstinents sont plus nombreux chez les très pauvres (24 %) et les pauvres (23 %) que chez les personnes ayant un niveau de revenu plus élevé (de 5 % à 14 %). Les anciens buveurs sont, quant à eux, moins nombreux chez les personnes faisant partie d'un ménage à revenu moyen supérieur et supérieur.

Tableau 4.2
Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais bu	Anciens buveurs[1]	Buveurs actuels[2]
		%	
Niveau de revenu			
Très pauvre	24,0	9,7	66,3
Pauvre	22,9	9,2	67,9
Moyen inférieur	14,3	6,4	79,3
Moyen supérieur	9,1	4,8	86,1
Supérieur	5,1	2,8*	92,2

1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

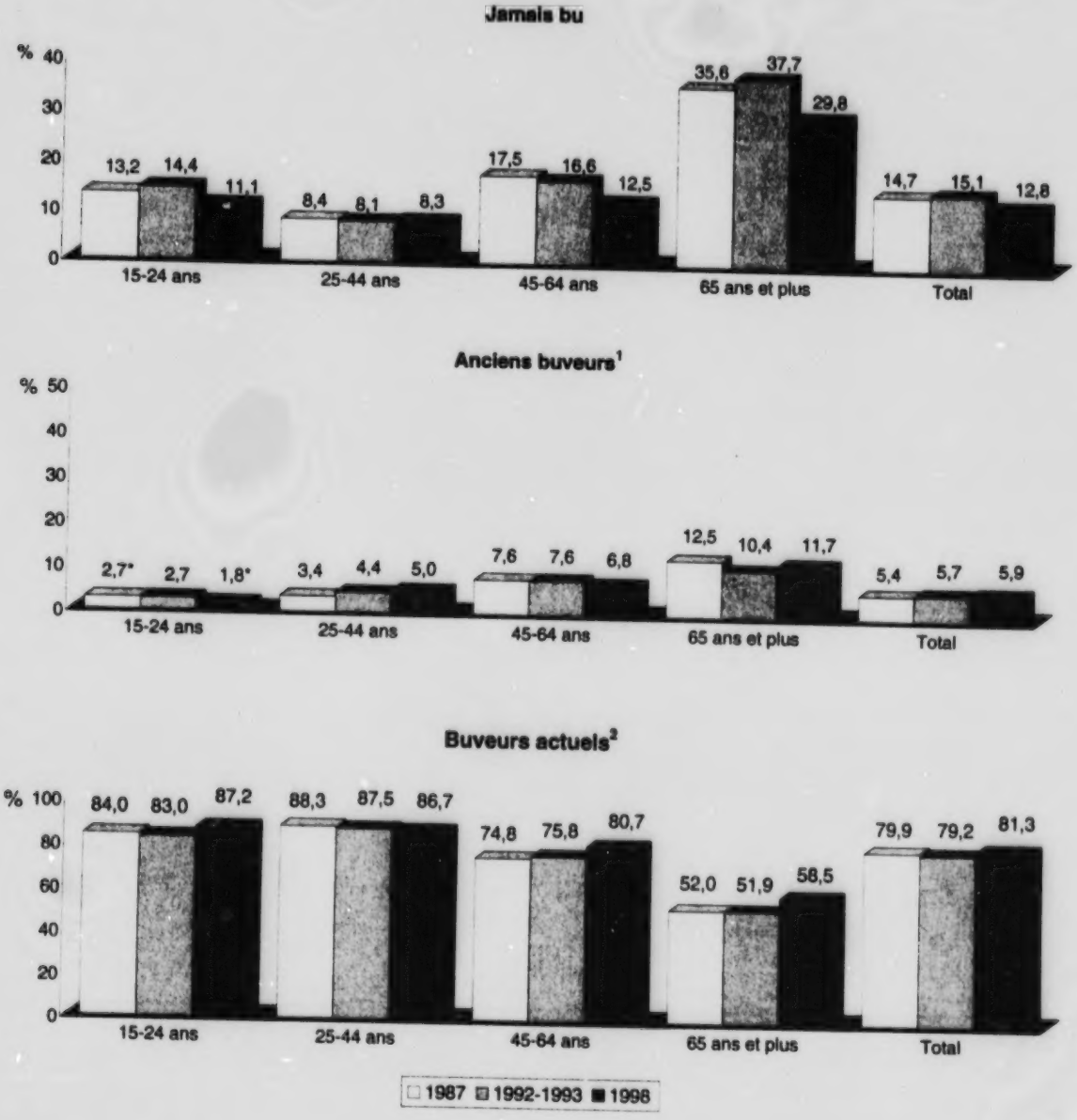
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En comparant ces résultats avec ceux des deux enquêtes précédentes, on constate d'abord que la proportion d'abstinents a diminué en 1998 (15 % en 1987 et en 1992-1993 c. 13 %) (figure 4.1). La proportion des anciens buveurs se maintenant par ailleurs à un niveau comparable (entre 5 % et 6 %), celle des buveurs actuels a augmenté significativement entre les années 1992-1993 et 1998 (79 % c. 81 %). Plus spécifiquement entre 1998 et les années antérieures, on observe, tant pour les personnes n'ayant jamais bu que pour les buveurs actuels, ces mêmes variations pour tous les groupes d'âges, sauf pour les 25-44 ans, chez lesquels les proportions demeurent relativement stables, et pour les abstinents âgés de 15 à 24 ans, chez lesquels seules les proportions entre 1992-1993 et 1998 affichent une différence significative (14 % c. 11 %).

Figure 4.1

Types de buveurs selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

4.2.2 Consommation hebdomadaire

Les buveurs actuels déclarent avoir pris en moyenne près de cinq consommations au cours d'une semaine (période de sept jours) (tableau 4.3). Les buveurs masculins consomment plus d'alcool que les femmes (7 % c. 3,1 %). On constate en général que la régression de la consommation notée entre 1987 et 1992-1993 est suivie d'une augmentation équivalente entre 1992-1993 et 1998. Les données de consommation moyenne hebdomadaire de 1998 se comparent en effet à celles de 1987. L'analyse de la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool par âge et par sexe entre 1992-1993 et 1998 met en évidence que, chez les femmes, l'augmentation est significative pour les personnes âgées de 25 à 64 ans, alors que chez les hommes, cette augmentation concerne surtout les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 4.3
Nombre moyen de consommations au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	Nombre moyen de consommations		
Hommes			
15-24 ans	5,8	5,5	5,9
25-44 ans	7,0	6,3	6,5
45-64 ans	6,7	6,7	7,4
65 ans et plus	5,5	4,1	6,3
Total	**6,6**	**6,1**	**6,6**
Femmes			
15-24 ans	2,9	2,7	2,9
25-44 ans	2,8	2,7	3,2
45-64 ans	2,8	2,7	3,3
65 ans et plus	2,5	2,0	2,0
Total	**2,8**	**2,7**	**3,1**
Sexes réunis			
Total	**4,8**	**4,4**	**4,9**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La plupart des buveurs actuels signalent avoir consommé moins de sept consommations en sept jours. En effet, plus d'une personne sur trois (37 %) affirme ne pas avoir consommé d'alcool durant cette période et une proportion similaire (38 %) rapporte avoir bu de une à six consommations (tableau 4.4). Celles ayant consommé de plus grandes quantités d'alcool sont, en proportion, significativement moins nombreuses (15 % pour les personnes qui signalent avoir pris de sept à treize consommations et 10 % lorsqu'il s'agit de quatorze consommations ou plus).

Tableau 4.4
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Nombre de consommations			
	Aucune	1 à 6	7 à 13	14 ou plus
	%			
Hommes				
15-24 ans	41,5	26,9	17,3	14,3
25-44 ans	27,8	38,9	19,9	13,5
45-64 ans	26,7	34,6	21,3	17,4
65 ans et plus	34,8	34,0	15,5	15,7
Total	**30,6**	**35,0**	**19,4**	**15,0**
Femmes				
15-24 ans	51,8	33,3	10,0	4,9*
25-44 ans	40,4	43,5	11,7	4,4
45-64 ans	40,4	43,0	11,6	5,0
65 ans et plus	55,7	34,3	6,2*	3,8**
Total	**43,8**	**40,7**	**10,9**	**4,6**
Sexes réunis				
15-24 ans	46,4	30,0	13,8	9,8
25-44 ans	33,8	41,1	16,0	9,2
45-64 ans	33,4	38,6	16,6	11,4
65 ans et plus	44,6	34,1	11,1	10,1
Total	**37,0**	**37,7**	**15,3**	**10,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Toutes proportions gardées, plus de femmes que d'hommes se situent dans le groupe de personnes qui n'ont pas consommé d'alcool durant une période de sept jours (44 % c. 31 %) ou qui ont pris de une à six consommations (41 % c. 35 %) (tableau 4.4). À l'inverse, les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à déclarer avoir pris au moins sept consommations (19 % et 15 % c. 11 % et 4,6 %). Par ailleurs, les personnes âgées de 25 à 64 ans, autant les hommes que les femmes, sont proportionnellement moins nombreuses à ne pas avoir pris d'alcool au cours de cette même période de temps. Les données

ne permettent toutefois pas de déceler de différence selon l'âge chez les personnes qui ont pris quatorze consommations ou plus, quel que soit le sexe.

La consommation hebdomadaire d'alcool varie en fonction du niveau de revenu, les plus fortunés consommant plus que les plus pauvres. Près de la moitié des personnes associées à des niveaux de revenu très pauvre et pauvre n'ont pris aucune consommation en sept jours (tableau 4.5). Cette proportion est de 25 % chez les personnes bénéficiant d'un niveau de revenu supérieur. Pour la catégorie de une à six consommations, les personnes des ménages dont le revenu est moyen supérieur ou supérieur affichent des proportions de consommations plus élevées (40 % et 41 %) que celles disposant d'un niveau de revenu inférieur (pauvre ou très pauvre; 32 % dans les deux cas). Dans le même sens, seul le niveau de revenu supérieur se démarque des autres pour les personnes indiquant avoir pris de sept à treize consommations. Enfin, pour le dernier groupe, soit les personnes estimant avoir pris quatorze consommations ou plus, on note une tendance semblable mais moins marquée.

Tableau 4.5
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

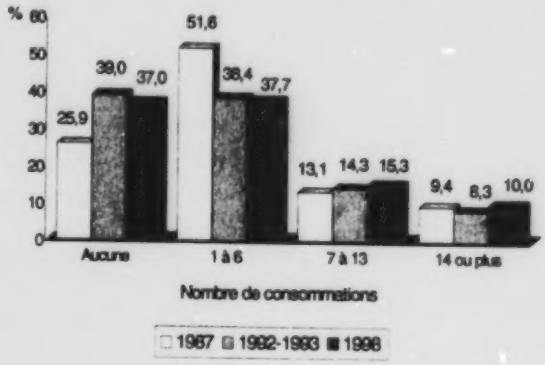
	Nombre de consommations			
	Aucune	1 à 6	7 à 13	14 ou plus
	%			
Niveau de revenu				
Très pauvre	48,3	31,6	10,6	9,5*
Pauvre	48,6	31,8	10,3	9,3
Moyen inférieur	41,7	35,9	14,0	8,4
Moyen supérieur	33,2	40,5	15,6	10,6
Supérieur	24,9	39,9	22,6	12,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enfin, par rapport à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, les proportions de buveurs actuels pour chacun des niveaux de consommation hebdomadaire d'alcool restent sensiblement les mêmes (figure 4.2). Ainsi, les changements notés entre 1987 et 1992-1993 demeurent entre 1987 et 1998. L'augmentation de la proportion des buveurs actuels et de la consommation moyenne hebdomadaire entre 1992-1993 et 1998, mise en évidence précédemment (figure 4.1 et tableau 4.3), ne se manifeste pas pour cet indicateur.

Figure 4.2
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

4.2.3 Consommation élevée d'alcool

Sur une période de 12 mois, près de trois personnes sur cinq (57 %) indiquent avoir pris, au moins une fois, cinq consommations ou plus en une même occasion (tableau C.4.2). Près d'une personne sur trois (29 %) a eu ce comportement au moins cinq fois durant l'année. Les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à agir de la sorte (40 % c. 17 %); ce comportement a été surtout adopté par les 15-24 ans (42 %) et tend à diminuer avec l'âge pour atteindre environ 10 % chez les personnes de 65 ans et plus. Le comportement d'enivrement est moins fréquent et se distribue sensiblement de la même manière (tableau C.4.3). Une personne sur trois (35 %) s'est enivrée au moins une fois au cours d'une période de 12 mois alors qu'environ une personne sur dix estime l'avoir fait au moins cinq fois durant la même période. Ici aussi, l'enivrement est plus fréquent chez les 15-24 ans (29 %) et diminue avec l'âge (2 % chez les

personnes de 65 ans et plus). Enfin, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à déclarer s'être enivrés au moins cinq fois au cours de l'année (14 % c. 7 %).

La proportion de buveurs ayant pris au moins cinq consommations en une même occasion, et ce cinq fois ou plus au cours de l'année, ne diffère pas selon le niveau de revenu (tableau 4.6). Il existe toutefois une relation entre le revenu et l'enivrement. Les buveurs actuels dont le revenu du ménage est supérieur sont moins nombreux à estimer s'être enivrés cinq fois ou plus (8 %) que les personnes ayant un niveau de revenu pauvre (14 %). Il faut toutefois préciser que les buveurs actuels sont moins nombreux chez les personnes qui se classent au niveau de revenu pauvre (tableau 4.2), et de ce fait, les personnes pauvres en tant que groupe social ne s'intoxiquent pas plus que les riches. En effet, lorsque l'on ramène ces proportions sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus, la relation entre le revenu et l'enivrement disparaît.

Tableau 4.6
Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion (cinq fois ou plus)	Enivrement (cinq fois ou plus)
	%	
Niveau de revenu		
Très pauvre	29,0	12,0
Pauvre	26,5	14,3
Moyen inférieur	27,4	10,9
Moyen supérieur	29,7	9,6
Supérieur	31,8	7,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, la proportion de personnes ayant pris cinq consommations ou plus en une même occasion, et ce au moins cinq fois durant l'année, a augmenté de 1992-1993 à 1998 en passant de 27 % à 29 % (tableau 4.7). Ce comportement s'est spécifiquement accru chez les 45-64 ans. En regard de l'enivrement, les données de l'enquête ne permettent pas de déceler une augmentation pour l'ensemble des buveurs actuels. Il faut toutefois noter que ce comportement demeure plus fréquent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et qu'il a augmenté pour ce même groupe d'âge de façon significative entre 1992-1993 et 1998, passant de 24 % à 29 %. Ces constatations étayent les observations précédentes qui indiquent une augmentation de la consommation d'alcool entre 1992-1993 et 1998.

Tableau 4.7
Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion (cinq fois ou plus)		Enivrement (cinq fois ou plus)	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%			
Sexes réunis				
15-24 ans	38,7	41,9	24,2	28,7
25-44 ans	28,2	29,1	8,3	8,2
45-64 ans	21,1	25,0	3,6	3,5
65 ans et plus	9,2	10,0	1,3**	1,6**
Total	**26,8**	**29,0**	**9,5**	**10,3**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*;
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

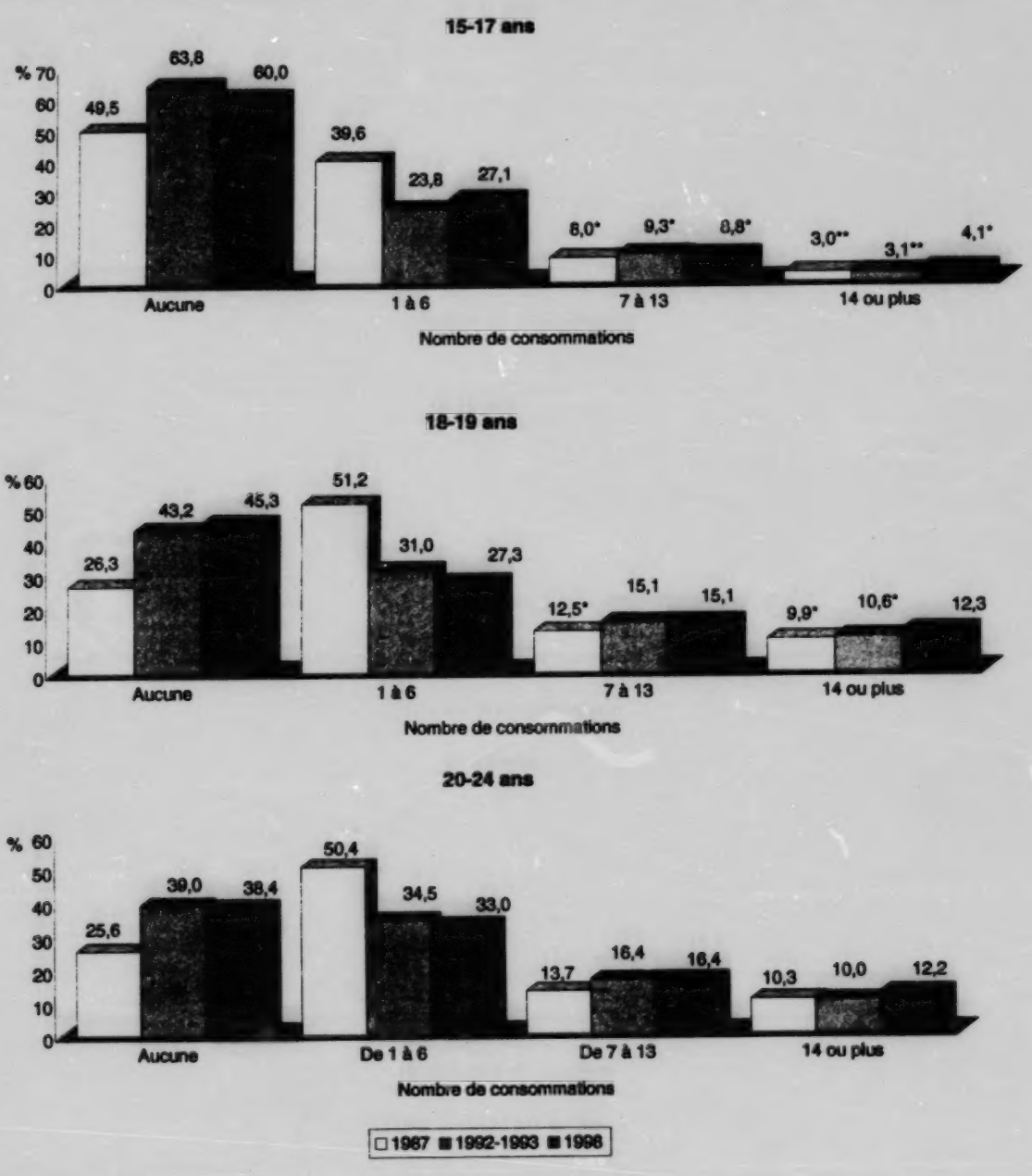
4.2.4 Consommation chez les jeunes

Pour ce qui est de la consommation d'alcool chez les jeunes de 15 à 24 ans, on note d'abord que les personnes de 15 à 17 ans sont significativement moins nombreuses que celles des autres groupes à avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois (tableau C.4.3). Aucune différence entre les sexes n'est observée. La comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes met en évidence une augmentation significative de la proportion globale de buveurs actuels de 15 à 24 ans entre 1992-1993 et 1998 (83 % c. 87 %) (tableau C.4.4). Chez les hommes, l'augmentation est significative entre les années 1987 et 1998 (84 % c. 89 %), alors que chez les femmes, elle ne se manifeste qu'entre 1992-1993 et 1998 (81 % c. 86 %). Cette hausse est attribuable à la modification du comportement des plus jeunes (15 à 17 ans), particulièrement les jeunes hommes, entre les années 1987 et 1998 (67 % c. 80 %).

Cet accroissement de la proportion de buveurs actuels chez les jeunes ne s'accompagne toutefois pas d'une augmentation de la quantité d'alcool consommé en sept jours. Alors qu'en 1992-1993, il y avait une plus grande proportion de buveurs n'ayant pas consommé et proportionnellement moins de personnes ayant pris de une à six consommations qu'en 1987, et ce, à tous les âges, aucune différence de ce genre n'est détectée entre 1992-1993 et 1998 (figure 4.3). Les différences observées de 1987 à 1992-1993 se maintiennent entre 1987 et 1998. Pour les jeunes ayant consommé une plus grande quantité d'alcool, les données ne révèlent pas de différences entre les trois enquêtes.

Toutes proportions gardées, les jeunes âgés de 15 à 17 ans sont plus nombreux que ceux des autres groupes à ne pas avoir consommé d'alcool durant une période de sept jours et proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir pris quatorze consommations ou plus (figure 4.3). Ils sont aussi moins nombreux que les 20-24 ans à avoir pris de sept à treize consommations à l'intérieur d'une semaine. Ainsi, malgré l'augmentation de la proportion de buveurs actuels chez les jeunes de 15 à 24 ans et l'accroissement de la proportion de ces derniers à s'être enivrés cinq fois ou plus (figure 4.1 et tableau 4.7), les 15-17 ans demeurent un groupe qui se distingue des plus âgés par une consommation hebdomadaire d'alcool moins importante.

Figure 4.3
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon l'âge, buveurs actuels de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La plupart des indicateurs retenus mettent en évidence une faible augmentation de la consommation d'alcool, tant chez les hommes que chez les femmes, ce qui indique que cette consommation fait de plus en plus partie des modes de vie actuels. L'augmentation se reflète d'abord sur le type de buveurs; on observe en effet qu'entre 1992-1993 et 1998, les abstinents sont moins nombreux et les buveurs actuels plus nombreux, la proportion d'anciens buveurs étant, quant à elle, demeurée la même. On note aussi une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire depuis 1992-1993. Cependant, la répartition par niveau de consommation hebdomadaire d'alcool ne permet pas de déceler de changement par rapport à l'enquête précédente. Enfin, pour ce qui est de la consommation élevée d'alcool, l'augmentation se manifeste quant à la prise d'au moins cinq consommations, et ce, cinq fois ou plus en 12 mois entre 1992-1993 et 1998, et en ce qui a trait à la fréquence d'enivrement, qui est significativement plus élevée chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Les hommes, à l'instar de ce qui était observé lors de la dernière enquête, demeurent de plus grands consommateurs d'alcool que les femmes, et ce, tant au niveau de la proportion de buveurs actuels que de la consommation moyenne hebdomadaire. Aussi, près de deux fois plus d'hommes que de femmes affirment avoir pris sept consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine.

On constate une plus grande proportion de buveurs chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, mais la consommation élevée d'alcool est surtout évidente chez les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans. Dans ce dernier groupe, les 15-17 ans continuent à se démarquer des autres par une plus faible proportion de buveurs actuels, même si cette proportion a crû en 1998, et par une plus faible consommation hebdomadaire.

La consommation d'alcool augmente avec le niveau de revenu. Ainsi, on observe une plus grande proportion de buveurs chez les personnes provenant de ménages ayant un niveau de revenu plus élevé et ces dernières présentent une consommation hebdomadaire d'alcool plus importante. Ces résultats sont congruents avec ceux de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Les données de la présente enquête permettent des analyses plus approfondies que celles qu'il nous est possible d'exposer ici. Il serait ainsi intéressant de vérifier la relation pressentie entre les conditions économiques et la consommation d'alcool. Dans le cas qui nous intéresse, un accroissement de la consommation d'alcool est-il effectivement lié à une amélioration des conditions économiques? Il est par ailleurs difficile d'avancer, dans le contexte actuel, que cet accroissement soit relié à une baisse des taxes sur l'alcool ou à une augmentation de la disponibilité d'alcool de contrebande. Quoiqu'il en soit, les résultats de la présente enquête semblent remettre en question l'hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool diminue lentement mais continuellement au Québec depuis la fin des années 70, comme le mentionne le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). D'ailleurs, une tendance similaire est également notée aux États-Unis (Greenfield et Midanik, 2000). Ne pourrait-on pas plutôt penser que le fait d'avoir largement publicisé, auprès du grand public, les aspects bénéfiques d'une consommation modérée mais régulière d'alcool, effets bénéfiques confirmés par plusieurs études (Ashley et autres, 1994; Edwards et autres, 1994), aurait finalement favorisé cette augmentation? Il serait, en tout cas, intéressant de vérifier si cet accroissement se concrétise par d'autres conséquences néfastes reliées à l'abus d'alcool ou par une augmentation des consommateurs à risque. L'accroissement de la consommation élevée dans la population, de même que de la fréquence d'enivrement chez les jeunes de 15 à 24 ans, laisse songeur à cet égard. Il serait aussi intéressant d'explorer l'existence possible d'une relation entre la proportion de buveurs dans un ménage et la quantité d'alcool absorbée par chaque individu le composant. Une telle relation se justifierait par l'existence d'un effet d'entraînement

entre les membres du ménage et conduirait vraisemblablement à une consommation accrue d'alcool. Enfin, pour améliorer la comparabilité des données à l'échelle nationale, il serait intéressant de vérifier où se situe la population québécoise par rapport au taux de consommation hebdomadaire d'alcool à faible risque, tel que le recommandent la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (quatorze consommations standard et moins pour les hommes et neuf consommations standard et moins pour les femmes) (Bondy et autres, 1999).

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats mettent en évidence que non seulement le nombre de buveurs a légèrement augmenté au Québec depuis la dernière enquête, mais aussi que la proportion de buveurs à niveau de consommation élevé s'est légèrement accrue. Cela constitue autant de défis pour la santé publique puisque généralement, ce n'est pas la consommation d'alcool en soi qui occasionne des problèmes mais bien sa consommation abusive ou selon un profil inadéquat. Il est donc prioritaire de continuer à cibler les personnes qui adoptent un profil de consommation à risque et d'orienter les messages de prévention et de promotion vers une façon de boire plus appropriée. À ce titre, les jeunes sont tout particulièrement visés, car leur manière de boire les place encore au premier rang quant au niveau de consommation élevé d'alcool, aux occurrences d'enivrement et aux risques inhérents à ce type de comportement. Notons enfin que ces constatations appuient la pertinence de l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec qui, rappelons-le, vise une diminution de 15 % de la consommation d'alcool d'ici 2002.

Bibliographie

ASHLEY, M. J., R. FERRENCE, R. ROOM, J. RANKIN et E. SINGLE (1994). « Moderate drinking and health: Report of an international symposium », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 151, n° 6, p. 809-820.

ASHLEY, M. J., R. FERRENCE, R. ROOM, S. BONDY et J. REHM (1997). « Moderate drinking and health: Implications of recent evidence », *Canadian Family Physician*, vol. 43, p. 687-694.

BIRON, C. (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie*, document de consultation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 50 p.

BONDY, S. (1996). « Overview of studies on drinking patterns and consequences », *Addiction*, vol. 91, n° 11, p. 1663-1674.

BONDY, S., J. REHM, M. J. ASHLEY, G. WALSH, E. SINGLE et R. ROOM (1999). « Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, p. 264-271.

BURTON, S., et E. BLAIR (1991). « Task conditions, response formulation processes, and response accuracy for behavorial frequency questions in surveys », *Public Opinion Quarterly*, vol. 55, n° 1, p. 50-79.

CHEVALIER, S. (1995). « Consommation d'alcool » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 61-75.

CHEVALIER, S., R. CHOINIÈRE, M. FERLAND, M. PAGEAU et Y. SAUVAGEAU (1995). *Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 230 p.

EDWARDS, G., P. ANDERSON, T. F. BABOR, S. CASSWELL et autres (1994). *Alcohol policy and the public good*, Oxford University Press.

GREENFIELD, T. K., et L. T. MIDANIK (2000). « A 10-year national trend study of alcohol consumption, 1984-1995: Is the period of declining drinking over? », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 1, p. 47-52.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION (1997). *État de situation de la toxicomanie au Québec – Bilan des études faites depuis 1990*, Rapport de recherche soumis à la Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 137 p.

GUYON, L., et M. LANDRY (1996). « L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement », *Psychotropes – R.I.T.*, vol. 1, n° 2, p. 61-79.

LANDRY, M., P. LAMARCHE, J. BOISCLAIR et L. NADEAU (1994). « Alcoolisme et autres toxicomanies » dans DUMONT, F., S. LANGLOIS et Y. MARTIN, *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, p. 179-195.

MIDANIK, L. T., et T. K. GREENFIELD (2000). « Trends in social consequences and dependence symptoms in the United States: The national alcohol surveys, 1984-1995 », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 1, p. 53-56.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MUNOZ-PEREZ, F., et A. NIZARD (1991). « Alcool, tabac, mortalité », *Population et Sociétés*, n° 254, non-paginé.

PRESSER, S. (1984). « Is inaccuracy on factual survey items-specific or respondent-specific? », *Public Opinion Quarterly*, vol. 48, n° 1b, p. 344-355.

REHM, J., M. J. ASHLEY, R. ROOM, E. SINGLE, S. BONDY, R. FERRENCE et N. GIESBRECHT (1996). « On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences », *Addiction*, vol. 91, n° 11, p. 1615-1621.

ROBBINS, C. (1989). « Sex differences in psychological consequences of alcohol and drug abuse », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, n° 1, p. 117-130.

ROOM, R. (1990). « Measuring alcohol consumption in the United States: Methods and rationales » dans L. T. KOZLOWSKI et autres, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York, Plenum Press, vol. 10, p. 39-79.

SALES, J., J. DUFFY, M. PLANT et D. PECK (1989). « Alcohol consumption, cigarette sales and mortality in the United Kingdom: an analysis of the period 1970-1985 », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 24, n° 2, p. 155-160.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1994). *La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, n° 8, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services,.

SEPPÄ, K., P. SILLANAUKEE et T. KOIVULA (1990). « The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 85, n° 12, p. 1639-1645.

SHEPHERD, J., M. IRISH, C. SCULLY et I. LESLIE (1989). « Alcohol consumption among victims of violence and among comparable U. K. populations », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 9, p. 1045-1051.

WEBB, G. R., S. REDMAN, R. W. GIBBERD et R. W. SANSON-FISHER (1991). « The reliability and stability of a quantify-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption », *Drug and Alcohol Dependance*, vol. 27, n° 3, p. 223-231.

Tableau C.4.1

Taux de non-réponse partielle aux questions sur la consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe, l'âge et le niveau de revenu, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion	Enivrement
	%	
Hommes	6,6	7,8
Femmes	7,2	7,6
Sexes réunis		
15-24 ans	2,5	2,8
25-44 ans	3,2	3,5
45-64 ans	8,9	10,6
65 ans et plus	25,7	27,5
Niveau de revenu		
Très pauvre	9,8	10,6
Pauvre	9,1	9,4
Moyen inférieur	8,3	9,6
Moyen supérieur	5,6	6,4
Supérieur	4,4	4,6
Total	**6,9**	**7,7**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.4.2

Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion		
	Aucune fois	De une à quatre fois	Cinq fois ou plus
	%		
Hommes	30,5	29,6	39,9
Femmes	56,3	26,7	17,0
Sexes réunis			
15-24 ans	24,6	33,4	41,9
15-17 ans	34,1	35,0	30,9
18-19 ans	17,8	36,5	45,7
20-24 ans	21,8	31,0	47,1
25-44 ans	39,8	31,1	29,1
45-64 ans	51,6	23,4	25,0
65 ans et plus	73,7	16,2	10,0
Total	**42,8**	**28,2**	**29,0**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.4.3

Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Enivrement		
	Aucune fois	De une à quatre fois	Cinq fois ou plus
	%		
Hommes	57,4	28,9	13,8
Femmes	72,5	21,0	6,6
Sexes réunis			
15-24 ans	29,1	42,1	28,7
15-17 ans	31,6	40,8	27,6
18-19 ans	24,9	42,9	32,2
20-24 ans	29,5	42,6	27,9
25-44 ans	64,0	27,8	8,2
45-64 ans	82,2	14,3	3,5
65 ans et plus	93,6	4,9*	1,6**
Total	**64,6**	**25,1**	**10,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.4.4

Buveurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		%	
Hommes			
15-17 ans	67,2	76,2	80,2
18-19 ans	91,4	85,6	90,6
20-24 ans	90,9	90,6	94,0
Total	**83,8**	**85,1**	**88,8**
Femmes			
15-17 ans	69,8	73,3	79,4
18-19 ans	89,7	84,2	90,5
20-24 ans	90,4	83,9	87,6
Total	**84,3**	**80,7**	**85,5**
Sexes réunis			
15-17 ans	68,5	74,8	79,8
18-19 ans	90,6	84,9	90,5
20-24 ans	90,6	87,3	90,9
Total	**84,0**	**83,0**	**87,2**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 5

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Serge Chevalier
Odette Lemoine
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le type, la quantité et le mode d'absorption de la substance psychoactive mise en cause (Chevalier et Laurin, 1999; Guyon et Geoffrion, 1997; Beaucage, 1998). Par exemple, l'usage modéré ou peu fréquent de marijuana peut parfois entraîner de légers problèmes physiques tels que la diminution de la salivation, l'œdème oculaire, la diminution de la coordination motrice, etc. L'usage régulier et prolongé ou l'abus de cette drogue peut favoriser le développement de problèmes des voies respiratoires et accroître le risque de décès dû à l'absorption de goudron ou de divers carcinogènes contenus dans les substances associées à sa consommation (Giroux, 1988). La consommation par injection accroît substantiellement le risque de contracter une hépatite (English et autres, 1995). Consommés, même à faible dose, l'héroïne et les autres opiacés, les barbituriques, les sédatifs, la cocaïne et les autres stimulants peuvent occasionner une dépendance physique ou psychologique (Giroux, 1988); de plus, les issues malheureuses de grossesse sont plus fréquentes chez les consommatrices de cocaïne (Guyon et autres, 1998; Handler et autres, 1991).

Même si les conséquences de la consommation de drogues diffèrent selon le produit, une distinction est faite entre deux types de drogues seulement, soit la marijuana et les autres drogues. De plus, d'autres substances psychoactives sont aussi traitées; la consommation de drogues est mise en relation avec celle de l'alcool, une autre substance psychoactive (dépresseur du système nerveux central), ainsi qu'avec l'usage de tabac (dont la nicotine, un stimulant, est la substance psychoactive). Enfin, l'analyse de la consommation de ces substances est produite à partir du concept sociologique de risque à l'aide duquel nous pouvons mieux appréhender l'unité de ces comportements.

Afin de contribuer à contenir les effets délétères de la consommation de drogues aux plans humain et social, un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec est d'augmenter, d'ici l'an 2002, « le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Les priorités de santé publique incluront éventuellement un volet spécifique portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Biron, 1998).

Dans le présent chapitre, la consommation déclarée de drogues est décrite selon le type de consommateurs et le type de drogues utilisées. On cherche aussi à documenter comment se juxtaposent la consommation de drogues et celle d'autres substances psychoactives (alcool et tabac). En premier lieu, on décrit les indices utilisés tout en discutant de leurs limites; suivent ensuite les résultats relatifs à l'usage de drogues et, plus généralement, à la consommation de substances psychoactives. Enfin, on propose une discussion portant sur des aspects sociaux, notamment la prise de risque (au sens sociologique uniquement) rattachée à la consommation de substances psychoactives.

5.1 Aspects méthodologiques

5.1.1 Indicateurs

La consommation de drogues est circonscrite par le fait d'avoir fait usage, au moins une fois au cours de sa vie, d'une substance psychoactive illégale ou d'un médicament obtenu illicitement sans ordonnance – la consommation peut être ou avoir été régulière, occasionnelle ou passagère.

Dans le présent chapitre, trois indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives sont utilisés. Tout d'abord, on a recours à un indice mesurant le type de consommateurs, qui repose sur la répartition de la population en trois catégories : les abstinents, qui sont les personnes ayant déclaré n'avoir jamais consommé de drogues au cours de leur vie; les anciens consommateurs, qui ont déjà consommé des drogues mais pas au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; et les consommateurs actuels, qui ont pris des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête – peu importe la quantité ou la fréquence. Ensuite, on a construit un indicateur des substances consommées, qui présente aussi trois catégories : les personnes qui n'ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; les personnes qui, pour la même période, n'ont consommé que du cannabis (sous une forme ou sous une autre); et les personnes qui ont consommé soit d'autres drogues (incluant amphétamines, cocaïne, héroïne, hallucinogènes et tranquillisants pris sans ordonnance), soit du cannabis et d'autres drogues au cours de la même période. Le troisième indicateur mesure l'usage conjugué de substances psychotropes (drogues et alcool). Encore une fois, la population est classée en trois catégories : les personnes qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, n'ont consommé aucune substance psychoactive; celles qui n'ont consommé que de l'alcool; et celles qui ont fait usage soit d'alcool et de drogues, soit de drogues seulement. Les deux premiers indicateurs sont construits à partir des questions QAA44 à QAA47 du questionnaire autoadministré (QAA) et ne fournissent donc de l'information que pour les personnes âgées de 15 ans et plus; le troisième repose sur les mêmes questions ainsi que sur l'indicateur mesurant le type de consommateur d'alcool (voir le chapitre précédent).

5.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions portant sur la consommation de drogues s'inspirent de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (ENAD) (Santé et Bien-être social Canada [SBESC], 1990; Statistique Canada, 1988). Des modifications au questionnaire empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

5.1.3 Portée et limites des données

La non-réponse partielle atteint 5 % tant pour l'indicateur mesurant le type de consommateurs que pour celui portant sur le type de drogues consommées (ces deux indicateurs sont construits à l'aide des mêmes variables) (tableau C.5.1). Les femmes fournissent moins de réponses que les hommes. La non-réponse augmente avec l'âge, passant de 2,8 % chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 16 % chez les 65 ans et plus. Les personnes affichant la scolarité relative la plus faible répondent moins que celles dont la scolarité est élevée ou plus élevée. Pour l'indicateur du polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool), le taux de non-réponse partielle est un peu plus élevé (6 %), mais les distributions par sexe, âge et scolarité relative demeurent sensiblement les mêmes. La distribution particulière de la non-réponse partielle devrait induire une légère sous-estimation des taux.

Les données figurant dans le présent chapitre ne permettent, en aucune façon, d'établir une prévalence des toxicomanies (Trinkoff et autres, 1990; Wickens, 1993). Il est en effet généralement reconnu qu'une portion des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre aux questions relatives à la consommation de drogues (Chevalier et autres, 1994; Hser, 1993); ce sous-groupe de la population est relativement marginal et

des études spécifiques sont nécessaires pour arriver à bien documenter le nombre et le niveau de consommation des personnes en faisant partie. Les données ne peuvent non plus servir à établir la prévalence de la consommation (celle des consommateurs actuels ainsi que celle des anciens consommateurs) au sein d'une population puisqu'un biais de désirabilité sociale est associé à la déclaration des comportements illégaux et illicites, ce qui entraîne une sous-déclaration du comportement (Westermeyer, 1990). Par ailleurs, la présente enquête ne vise à documenter la consommation de drogues que chez les personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie des utilisateurs commencent à consommer avant cet âge. Les résultats de l'enquête ne laissent donc entrevoir qu'une partie de la réalité mais demeurent toutefois intéressants en tant qu'indicateurs témoins d'un phénomène social difficile à cerner.

5.2 Résultats

5.2.1 Type de consommateurs

Sept Québécois sur dix (69 %) affirment n'avoir jamais consommé de drogues de leur vie; un sur sept (14 %) en avoir déjà fait usage (anciens consommateurs); et un sur six (17 %) en avoir consommé au cours d'une période de 12 mois (tableau 5.1).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à être des consommateurs actuels (20 % c. 15 %). Autant pour les hommes que pour les femmes, la proportion de personnes qui n'ont jamais consommé augmente avec l'âge, passant d'approximativement une personne sur deux, à l'âge de 15 à 24 ans, à plus de neuf personnes sur dix à 65 ans et plus (voir le tableau C.5.2 pour plus de détails au sujet des 15-24 ans). Inversement, la proportion de consommateurs actuels diminue notablement avec l'accroissement de l'âge; chez les 15-24 ans, le taux s'établit à 40 %, alors qu'il atteint 6 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 5.1
Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens[1] consommateurs	Consommateurs[2] actuels	Pe
	%			'000
Hommes				
15-24 ans	48,1	7,6	44,3	221
25-44 ans	53,1	24,5	22,4	263
45-64 ans	81,4	9,8	8,8	74
65 ans et plus	94,4	1,1**	4,6*	16
Total	**65,1**	**14,6**	**20,3**	**574**
Femmes				
15-24 ans	52,6	12,5	34,8	166
25-44 ans	63,1	22,6	14,2	163
45-64 ans	85,9	6,8	7,3	64
65 ans et plus	93,3	0,4**	6,3	30
Total	**72,2**	**13,2**	**14,5**	**422**
Sexes réunis				
15-24 ans	50,3	10,0	39,7	386
25-44 ans	58,1	23,6	18,4	427
45-64 ans	83,7	8,3	8,0	137
65 ans et plus	93,8	0,7**	5,5	46
Total	**68,7**	**13,9**	**17,4**	**996**

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 5.2
Type de consommateurs de drogues selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens[1] consommateurs	Consommateurs[2] actuels	Pe
		%		'000
Scolarité relative				
Plus faible	73,6	10,3	16,1	189
Faible	68,7	13,7	17,6	199
Moyenne	68,3	13,1	18,6	213
Élevée	67,0	15,7	17,3	200
Plus élevée	65,5	16,8	17,8	194
Niveau de revenu				
Très pauvre	69,6	10,4	20,0	69
Pauvre	71,7	10,1	18,2	116
Moyen inférieur	70,4	12,4	17,3	327
Moyen supérieur	67,5	15,6	17,0	372
Supérieur	64,8	18,1	17,1	112

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le même phénomène s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les données ne diffèrent pas significativement entre les 45-64 ans et les 65 ans et plus. Nous sommes en présence d'un phénomène générationnel dans le cadre duquel les personnes actuellement âgées de 45 ans et plus n'ont pas vécu, lorsqu'elles étaient adolescentes ou jeunes adultes, dans une société où les drogues étaient aussi facilement accessibles; ces générations plus âgées n'ont généralement pas adopté ce comportement. Nous observons aussi un comportement transitoire, dans la mesure où un grand nombre de personnes abandonne l'usage après une certaine période de consommation ou d'expérimentation; la proportion d'anciens consommateurs représente déjà 10 % de la population des 15-24 ans et la proportion d'anciens consommateurs est supérieure à celle des consommateurs actuels chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (24 % c. 18 %).

En plus d'être sexuée et générationnelle, la consommation de drogues fluctue selon la catégorie socioéconomique. En effet, les individus ayant une scolarité relative élevée ou plus élevée, comparativement à ceux dont la scolarité est plus faible, sont proportionnellement plus nombreux à être d'anciens consommateurs (16 % et 17 % c. 10 %) (tableau 5.2.). De la même façon, les personnes bénéficiant d'un revenu supérieur sont plus susceptibles d'avoir déjà consommé que celles dont le niveau de revenu est moyen inférieur, pauvre ou très pauvre (18 % c. 10 % à 12 %).

5.2.2 Type de drogues consommées

On a vu que 17 % des Québécois ont consommé au moins une drogue au cours d'une période de 12 mois; 10 % n'auraient consommé que de la marijuana et 7 % de la marijuana et d'autres drogues ou d'autres drogues seulement (tableau 5.3). Grosso modo, les plus jeunes (15 à 44 ans) sont, en proportion, près de deux fois plus nombreux à ne consommer que de la marijuana, comparativement à ceux qui consomment d'autres drogues. Même si les proportions sont peu élevées, le comportement des personnes plus âgées diffère de celui des plus jeunes, surtout pour les femmes; les drogues de choix pour les personnes plus âgées (45 ans et plus) sont plutôt de la famille des tranquillisants et des somnifères (données non présentées). Le type de drogues consommées varie peu selon le niveau socioéconomique (tableau C.5.3).

Tableau 5.3
Consommateurs actuels[1] de drogues selon le type de drogues, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	Tous types de drogues
	%		
Hommes			
15-24 ans	28,6	15,7	44,4
25-44 ans	15,2	7,3	22,4
45-64 ans	4,1	4,6	8,8
65 ans et plus	–	4,6*	4,6*
Total	**12,6**	**7,7**	**20,3**
Femmes			
15-24 ans	23,1	11,8	34,9
25-44 ans	8,9	5,4	14,2
45-64 ans	2,1*	5,2	7,3
65 ans et plus	0,0**	6,3	6,3
Total	**8,0**	**6,5**	**14,5**
Sexes réunis			
15-24 ans	25,9	13,8	39,7
25-44 ans	12,0	6,3	18,4
45-64 ans	3,1	4,9	8,0
65 ans et plus	0,0**	5,5	5,5
Total	**10,3**	**7,1**	**17,4**

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La drogue la plus consommée est, sans conteste, la marijuana, 14 % de la population en ayant consommé au cours d'une période de 12 mois (tableau 5.4). La deuxième catégorie de drogues la plus usitée est celle des tranquillisants et des somnifères (3,7 %). Entre 1,3 % et 1,6 % de la population ont consommé de la cocaïne, des hallucinogènes (LSD ou autres) ou des amphétamines et autres stimulants.

Tableau 5.4
Consommateurs actuels[1], par catégorie de drogues, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Marijuana (hachisch, pot, grass)	13,5	778
Tranquillisants, somnifères	3,7	218
Cocaïne, crack, free base	1,6	97
LSD (acide), mescaline	1,5	88
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1,3	74
Héroïne (smack), morphine	0,1**	7
Autres drogues	0,8	38
Au moins une drogue	17,4[2]	996

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.
2. Cette proportion n'égale pas la somme car une personne peut déclarer avoir consommé plusieurs types de drogues.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

5.2.3 Usage de substances psychoactives – drogues et alcool

Au cours d'une période de 12 mois, près d'un Québécois sur six (17 %) n'a fait usage d'aucune substance psychoactive (ni alcool, ni drogues) (tableau 5.5). Environ les deux tiers (66 %) de la population n'ont fait usage que d'alcool, alors que près du sixième (18 %) de la population a fait usage de drogues et d'alcool (ou de drogues seulement).

Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à ne pas consommer de substances psychoactives (21 % c. 13 %). Schématiquement, pour les hommes autant que pour les femmes, l'usage de substances psychoactives décroît avec l'âge à partir de 45 ans; 18 % chez les 45 à 64 ans et 38 % chez les 65 ans et plus n'en consomment pas du tout, alors que c'est le cas pour seulement 12 % chez les 15-44 ans. Par ailleurs, ces derniers (15-44 ans) sont plus susceptibles de consommer alcool et drogues (40 % chez les 15-24 ans, 19 % chez les 25-44 ans et 6 % à 8 % chez les 45 ans et plus); si les données relatives aux polyutilisateurs de drogues et d'alcool (tableau 5.5) sont très proches de celles des consommateurs

de drogues (tableau 5.3), c'est que ceux-ci sont essentiellement tous des consommateurs d'alcool. La proportion de consommateurs d'alcool seulement suit une tendance particulière, tant pour les hommes que les femmes : elle tend à augmenter avec l'âge pour ensuite diminuer à partir de 65 ans (tableau 5.5).

Tableau 5.5
Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune substance psychoactive	Alcool seulement	Alcool et drogues ou drogues seulement
	%		
Hommes			
15-24 ans	10,3	45,1	44,6
25-44 ans	9,6	67,9	22,5
45-64 ans	13,9	77,2	8,9
65 ans et plus	27,9	67,5	4,7*
Total	**13,0**	**66,5**	**20,5**
Femmes			
15-24 ans	13,1	52,0	34,9
25-44 ans	15,2	70,5	14,3
45-64 ans	21,2	71,4	7,4
65 ans et plus	46,2	47,2	6,6
Total	**20,7**	**64,6**	**14,7**
Sexes réunis			
15-24 ans	11,7	48,5	39,8
25-44 ans	12,4	69,2	18,5
45-64 ans	17,6	74,3	8,1
65 ans et plus	37,9	56,4	5,7
Total	**16,9**	**65,5**	**17,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool) est aussi fortement associé au niveau socioéconomique (tableau 5.6). Plus une personne est scolarisée ou fortunée, plus elle sera consommatrice de substances psychoactives; les personnes de niveau de revenu supérieur consomment presque toutes au moins une substance psychoactive (seulement 7 % n'en consomment pas). Cette relation est surtout due à la consommation d'alcool; le boire social serait quasi inévitable.

Tableau 5.6
Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune substance psychoactive	Alcool seulement	Alcool et drogues ou drogues seulement
	%		
Scolarité relative			
Plus faible	26,5	57,1	16,4
Faible	20,1	62,1	17,8
Moyenne	17,4	63,9	18,8
Élevée	11,8	70,7	17,5
Plus élevée	8,9	73,3	17,9
Niveau de revenu			
Très pauvre	29,6	50,1	20,3
Pauvre	29,1	52,5	18,4
Moyen inférieur	18,8	63,7	17,5
Moyen supérieur	12,7	70,2	17,1
Supérieur	7,2	75,6	17,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

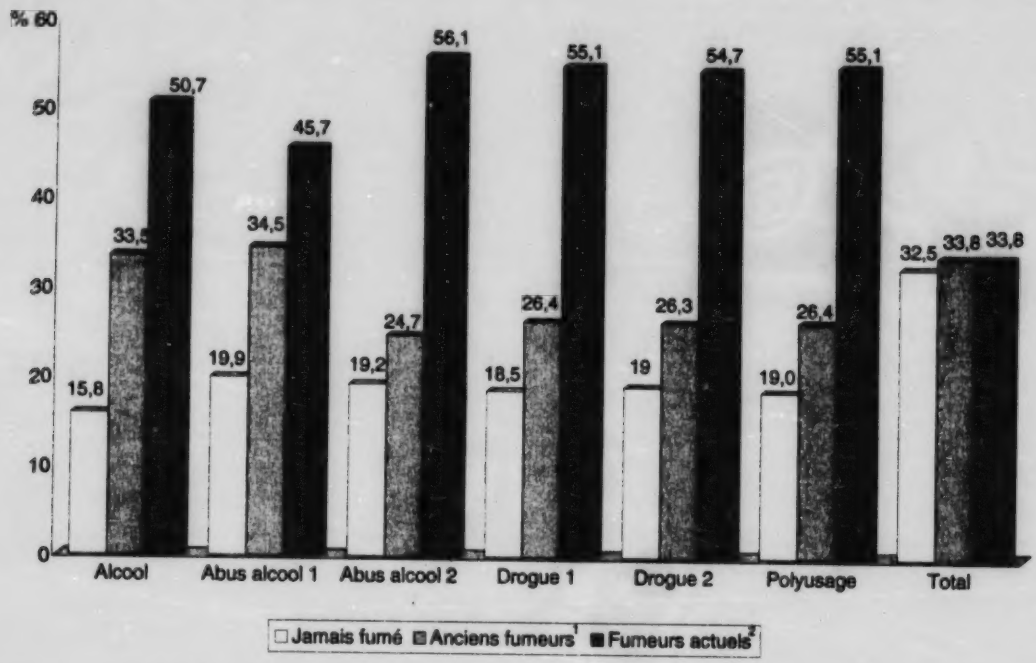
5.2.4 Usage de substances psychoactives – drogues, alcool et tabac

La présente enquête fournit des informations à propos d'une dernière substance psychoactive, la nicotine. On met ici en lien tous les comportements relatifs à la consommation de substances psychoactives.

Tous les indicateurs établissant une prise de risque élevé quant à la consommation de substances psychoactives sont étroitement reliés (figure 5.1 et tableau C.5.4). Par rapport à ceux qui n'ont jamais fumé ou aux anciens fumeurs, la proportion de consommateurs actuels de cigarettes est plus élevée autant chez les personnes qui prennent 14 consommations et plus d'alcool par semaine que chez celles qui se sont enivrées ou qui ont pris 5 consommations et plus en une même occasion au moins 5 fois au cours d'une période de 12 mois; proportionnellement, les fumeurs actuels sont aussi plus nombreux chez les personnes qui ont consommé au moins une drogue, chez celles qui ont pris une drogue autre que la marijuana et chez les polyutilisateurs d'alcool et de drogues.

Figure 5.1

Usage de la cigarette selon la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Alcool = a pris 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une période de sept jours.
Abus alcool 1 = a pris cinq consommations d'alcool et plus en une même occasion au moins cinq fois au cours d'une période de 12 mois.
Abus alcool 2 = s'est enivré au moins cinq fois au cours d'une période de 12 mois.
Drogue 1 = a consommé au moins une drogue au cours d'une période de 12 mois.
Drogue 2 = a consommé une drogue autre que la marijuana au cours d'une période de 12 mois
Polyusage = a consommé de l'alcool et au moins une drogue (ou une drogue seulement) au cours d'une période de 12 mois.

1. Qui ne fument plus.
2. Qui fument de façon occasionnelle ou régulière.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Inversement, les personnes qui ne consomment que peu ou pas d'alcool, les personnes qui consomment peu d'alcool par occasion et les personnes qui ne consomment pas de drogues sont en plus grande proportion celles qui ne consomment pas de tabac. Le plus souvent, les personnes qui présentent un comportement mitoyen, entre l'abstinence et l'abus, sont d'anciens fumeurs (tableau C.5.4).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus et vivant dans les ménages privés affirment n'avoir jamais consommé de drogues. On retrouve dans la population à peu près autant d'anciens consommateurs que de personnes qui ont consommé des drogues au cours d'une période de 12 mois. Les consommateurs actuels se distinguent par leur sexe (plus souvent des hommes), par leur âge (majoritairement des jeunes) et, pour les anciens

consommateurs, par leur niveau socioéconomique (ceux dont la scolarité relative est élevée ou plus élevée et ceux dont le niveau de revenu est supérieur). Même si les comparaisons entre les enquêtes nécessitent la plus grande prudence en raison des diverses méthodologies utilisées, la consommation de marijuana, au Québec, semble en progression depuis 1985. Les résultats de l'*Enquête Promotion Santé Canada* (EPS) de 1985 indiquent, pour une période de 12 mois, que 3,3 % des Québécois ont consommé de la marijuana (SBESC, 1988, p. 60); en 1989 (SBESC, 1990, p. 35), cette même proportion s'établit à 6,5 %; en 1992-1993 (Chevalier, 1995), on obtient 8,2 %; en 1998, on franchit la barre des 10 %. D'autres évidences, telle l'augmentation constante, à Montréal, entre 1992 et 1998, du nombre d'hospitalisations pour lesquelles un diagnostic primaire ou secondaire de consommation de cannabis est observé (Chevalier et Laurin, 1999), permettent d'étayer la conclusion d'une augmentation de la consommation abusive de cannabis. L'usage de drogues est associé à la consommation d'alcool et à la consommation de tabac. Une part significative de la population québécoise cumule certains risques pour la santé; en fait, bon nombre de ces personnes prennent consciemment des risques. Afin de permettre des analyses plus fines et une meilleure compréhension du phénomène, les prochaines recherches devraient s'appuyer sur un cadre conceptuel intégrant le concept de risque et de prise de risque (Lupton, 1999; Le Breton, 1991 et 1995).

Éléments de réflexion pour la planification

En regard de la *Politique de la santé et du bien-être*, dans laquelle il est prévu que, d'ici l'an 2002, il faille accroître le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales, nous réitérons les conclusions auxquelles nous parvenions en 1995. En deux mots, cet objectif n'est ni réaliste ni, a fortiori, atteignable. Il serait plus constructif de chercher à comprendre pourquoi une certaine proportion de la population continue de prendre et de cumuler des risques à l'égard de sa santé, la consommation de drogues n'étant qu'un des multiples comportements dont il faut simultanément tenir compte. Une analyse sociale plus globale, dans le contexte des attentes et des comportements des individus faisant partie d'une société moderne avancée, semble requise. Pourquoi, dans une société où les personnes sont de plus en plus informées sur la nature et l'ampleur des risques, subsiste-t-il (ou constatons-nous une augmentation) des personnes qui adoptent ou conservent des comportements à risque (Lupton, 1999; Le Breton, 1991)? Pourquoi les modèles explicatifs basés sur le comportement rationnel sont-ils incapables de rendre compte des réalités observées (Beck, 1992)? Comment une société prônant autant le contrôle de soi (Lipovetsky, 1983 et 1992), mettant en œuvre autant de moyens, humains et financiers, pour réduire certains risques (Lasch, 1991), engendre-t-elle autant d'antinomies? La réponse à ces questions permettra assurément d'obtenir des informations révélatrices sur les adaptations à apporter à nos interventions dans le domaine de la promotion et de la prévention en santé.

Bibliographie

BEAUCAGE, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants : le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

BECK, U. (1992). *Risk society : Towards a new modernity*, London, Sage, 260 p.

BIRON, C. (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : orientations et stratégie*, document de consultation, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CHEVALIER, S. (1995). « Consommation de drogues » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 61-75.

CHEVALIER, S., et autres (1994). *Indicateurs sosiosanitaires : définitions et interprétations*, Ottawa, Conseil national d'information sur la santé, 230 p.

CHEVALIER, S., et I. LAURIN (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre : faits et méfaits 1999*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique et Direction de la programmation et coordination, 151 p.

ENGLISH, D. R., et autres (1995). *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995 edition*, Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health.

GIROUX, C. (1988). « Les substances psychoactives : repères pharmacologiques et physiologiques » dans BRISSON, P. (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 36-62.

GUYON, L., et autres (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible : une synthèse des connaissances actuelles*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION (1997). *État de situation de la toxicomanie au Québec : bilan des études faites depuis 1990*, Collection Études et analyses, n° 34, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

HANDLER, A., et autres (1991). « Cocaine use during pregnancy: perinatal outcomes », *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, n° 8, p. 818-825.

HSER, Y. (1993). « Data sources: Problems and issues », *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, n° 2, p. 217-228.

LASCH, C. (1991). *The culture of narcissism*, New York, Norton, 282 p.

LE BRETON, D. (1991). *Passions du risque*, Paris, Métailié, 190 p.

LE BRETON, D. (1995). *La sociologie du risque*, Paris, PUF, 128 p.

LIPOVETSKY, G. (1983). *L'ère du vide : essai sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 315 p.

LIPOVETSKY, G. (1992). *Le crépuscule du devoir : l'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Paris, Gallimard, 296 p.

LUPTON, D. (1999). *Risk*, London, Routledge, 184 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues*, Points saillants, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 360 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion Santé Canada, Rapport technique*, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 249 p.

STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues*, ENCAD 02 (questionnaire), Ottawa, Statistique Canada, 14 p.

TRINKOFF, A. M., C. RITTER et J. ANTHONY (1990). « The prevalence and self-reported consequences of cocaine use: An exploratory and descriptive analysis », *Drug and Alcool Dependence*, vol. 26, n° 3, p. 217-225.

WESTERMEYER, J. (1990). « Methodological issues in the epidemiological study of alcool-drug problems: Sources of confusion and misunderstanding », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 16, nos 1 et 2, p. 47-55.

WICKENS, T. D. (1993). « Quantitative methods for estimating the size of a drug-using population », *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, n° 2, p. 185-216.

Tableaux complémentaires

Tableau C.5.1

Taux de non-réponse partielle pour le type de consommateurs de drogues, le type de drogues consommées et le polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Type de consommateurs et type de drogues consommées	Polyusage de drogues et d'alcool
	%	
Hommes	4,4	5,3
Femmes	6,2	7,4
Sexes réunis		
15-24 ans	2,8	3,2
25-44 ans	2,6	3,1
45-64 ans	5,3	6,6
65 ans et plus	16,1	18,9
Total	**5,3**	**6,3**
Scolarité relative		
Plus faible	7,6	8,9
Faible	5,3	6,7
Moyenne	5,0	5,9
Élevée	4,0	4,8
Plus élevée	3,4	3,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.5.2

Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens[1] consommateurs	Consommateurs[2] actuels
		%	
Hommes			
15-17 ans	57,3	4,2**	38,5
18-19 ans	42,9	7,9**	49,2
20-24 ans	43,8	9,9*	46,3
Total	**48,1**	**7,6**	**44,3**
Femmes			
15-17 ans	58,2	5,0**	36,7
18-19 ans	50,3	15,8*	33,9
20-24 ans	49,7	16,5	33,9
Total	**52,6**	**12,5**	**34,8**
Sexes réunis			
15-17 ans	57,8	4,6*	37,6
18-19 ans	46,6	11,8	41,6
20-24 ans	46,6	13,1	40,3
Total	**50,3**	**10,0**	**39,7**

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.
2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.5.3

Consommateurs actuels[1] de drogues selon le type de drogues consommées et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	Tous types de drogues
		%	
Scolarité relative			
Plus faible	8,5	7,6	16,1
Faible	10,2	7,3	17,6
Moyenne	11,1	7,5	18,6
Élevée	10,9	6,4	17,3
Plus élevée	11,1	6,7	17,8
Niveau de revenu			
Très pauvre	9,5	10,5	20,0
Pauvre	10,4	7,7	18,2
Moyen inférieur	10,2	7,1	17,3
Moyen supérieur	10,6	6,4	17,0
Supérieur	9,9	7,2	17,1

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.5.4

Consommation de tabac selon la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais fumé	Anciens[1] fumeurs	Fumeurs occasionnels	Fumeurs réguliers	Fumeurs[2] actuels	Total
			%			
Type de buveurs						
Jamais bu	57,9	23,2	1,3*	17,6	18,9	12,7
Anciens buveurs[3]	18,1	39,2	0,5**	42,3	42,8	6,0
Buveurs actuels[4](nombre de consommations hebdomadaires)						
Aucune	34,6	31,1	2,9	31,5	34,4	30,0
1 à 6	32,4	37,5	4,5	25,7	30,2	30,6
7 à 13	19,7	39,7	5,4	35,2	40,6	12,5
14 ou plus	15,8	33,5	4,9*	45,8	50,7	8,2
Type d'abus d'alcool						
Cinq consommations ou plus en une même occasion						
Aucune fois	37,9	36,4	2,3	23,5	25,7	42,7
Une à quatre fois	27,1	33,1	4,8	35,0	39,8	28,2
Cinq fois ou plus	19,9	34,5	6,2	39,5	45,7	29,1
Enivrement						
Aucune fois	32,5	38,9	2,5	26,1	28,6	64,4
Une à quatre fois	26,5	28,7	6,1	38,7	44,8	25,3
Cinq fois ou plus	19,2	24,7	9,1	47,1	56,1	10,3
Type de consommateurs de drogues						
Jamais consommé	39,1	34,4	2,1	24,4	26,6	68,5
Anciens consommateurs[5]	15,7	40,4	4,1	39,7	43,9	14,1
Consommateurs actuels[6]	18,5	26,4	8,4	46,7	55,1	17,5
Type de drogues consommées						
Aucune	35,1	35,4	2,5	27,0	29,5	82,5
Marijuana seulement	18,2	26,5	10,1	45,2	55,3	10,5
Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	19,0	26,3	5,9*	48,9	54,7	7,0
Polyusage de substances psychoactives						
Aucune substance psychoactive	46,6	28,4	1,0*	23,9	24,9	16,7
Alcool seulement	32,2	37,2	2,8	27,8	30,6	65,6
Alcool et drogues (ou drogues seulement)	18,5	26,4	8,4	46,7	55,1	17,7

1. Qui ne fument plus.
2. Qui fument de façon occasionnelle ou régulière.
3. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.
4. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.
5. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.
6. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 6

Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Lise Dubois
Édith Beauchesne-R.
Manon Girard
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Brigitte Bédard
Département des sciences des aliments et de nutrition
Université Laval

Lise Bertrand
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Anne-Marie Hamelin
École de nutrition et d'études familiales
Université de Moncton

Introduction

Une saine alimentation est importante pour le maintien de la santé et du bien-être tout au long de la vie. L'alimentation est en effet étroitement reliée à la morbidité et à l'espérance de vie des populations (Gage et O'Connor, 1994). En Occident, le manque de nourriture côtoie l'abondance alimentaire caractéristique des sociétés industrialisées (Baghurst et autres, 1992). Les recherches qui portent sur les facteurs influençant la qualité de l'alimentation sont aussi importantes que celles traitant de l'apport alimentaire (Interagency Board for Nutrition Monitoring and Related Research, 1995). Elles aident à comprendre ce qui guide les choix individuels, favorisant ainsi la planification de programmes d'éducation et de promotion de la santé adaptés à la réalité quotidienne.

La présente enquête a permis d'aborder trois thèmes importants se rapportant à l'alimentation des Québécois. Le premier thème est celui de la perception de la qualité des habitudes alimentaires. Le second est relié à certaines pratiques alimentaires, soit la consommation de repas préparés hors du foyer et la solitude au moment des repas. Le dernier se rapporte à l'insécurité alimentaire des ménages. Ces données sur certains déterminants de l'état nutritionnel offrent des possibilités d'analyses intéressantes relativement à l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

La perception de la qualité des habitudes alimentaires a été utilisée dans différentes enquêtes au cours des dernières années (National Institute of Nutrition [NIN], 1997) et elle permet de bien évaluer la qualité de l'alimentation au sein d'une population (Dubois et autres, 2000). Pour sa part, la consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer est une tendance de plus en plus marquée (Conseil canadien de la distribution alimentaire [CCDA], 1999) qui mérite une attention particulière dans le cadre de l'étude des habitudes alimentaires. En effet, le contrôle qu'ont les gens sur la qualité de leur alimentation s'en trouve diminué, notamment quant au choix des ingrédients utilisés dans la préparation des mets, aux méthodes de cuisson et, dans une certaine mesure, à la taille des portions. L'augmentation du revenu du ménage diminue la part du budget alloué à l'achat d'aliments mais, simultanément, un pourcentage accru du dollar alimentaire va à l'achat de repas préparés et de services

achetés hors du foyer (CCDA, 1999). L'âge, l'ethnicité et le statut d'emploi, principalement celui de la femme, influencent les achats d'aliments préparés hors de la maison (Kinsey, 1994). Cela est à retenir puisque diverses enquêtes effectuées auprès de différents groupes de population indiquent un impact négatif de la consommation de repas à l'extérieur sur certains éléments reliés à la qualité de l'alimentation (Clemens et autres, 1999; Le François et autres, 1996). Au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord, un nombre sans cesse croissant de mères avec de jeunes enfants sont aujourd'hui sur le marché du travail. Les enfants dont les mères travaillent à l'extérieur de la maison sont susceptibles de manger plus souvent à l'extérieur de la maison que ceux dont la mère est au foyer. La solitude est aussi une variable importante à considérer relativement aux habitudes alimentaires (Sanders-Phillips, 1994). En effet, des études indiquent que les personnes vivant seules, qui sont de plus en plus nombreuses, auraient une alimentation moins adéquate du point de vue nutritionnel que les personnes vivant avec d'autres (Gerrior et autres, 1995; Donkin et autres, 1998).

Les questions proposées pour le premier et le second thèmes avaient pour objectif de documenter les tendances dans la perception de la qualité des habitudes alimentaires et dans certaines pratiques qui peuvent y être associées. La qualité perçue de l'alimentation, la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer et la solitude au moment des repas ont été évaluées en fonction de variables démographiques et socio-économiques. De façon générale, ces questions permettent de mesurer l'influence de certaines transformations sociales sur la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) et de caractériser cette relation pour différents sous-groupes de la population.

L'insécurité alimentaire des ménages est aussi une problématique préoccupante par rapport à l'alimentation. La *Politique de la santé et du bien-être du Québec* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) reconnaît que le régime alimentaire est parfois étroitement lié aux moyens financiers et que le revenu de certaines familles ne leur permet pas toujours de manger suffisamment chaque jour. S'inscrivant dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être (MSSS, 1997), ce thème permet pour la première fois d'évaluer certaines manifestations de l'insécurité alimentaire des ménages au Québec. La sécurité alimentaire des ménages est généralement vue comme l' « accès pour chaque individu, en tout temps, à suffisamment de nourriture pour mener une vie active et en santé. Cela comprend au minimum la disponibilité d'aliments nutritionnellement adéquats et salubres et l'assurance de pouvoir acquérir ces aliments de façon socialement acceptable – c'est-à-dire sans avoir à recourir à des banques alimentaires, à mendier, à voler ou autres stratégies semblables » (Anderson, 1990, p. 1560, traduction libre). Au Québec, il s'agit généralement d'un problème d'accessibilité par manque de ressources s'inscrivant dans un processus d'appauvrissement (Rouffignat et autres, 1996; Jacobs Starkey et autres, 1998; Hamelin, 1999).

6.1 Aspects méthodologiques

6.1.1 Indicateurs

Les questions qui font l'objet du présent chapitre proviennent de la section III du questionnaire auto-administré (QAA) portant sur les habitudes alimentaires et de la section XIII du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) couvrant les aspects relatifs à l'insécurité alimentaire.

La question « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes, moyennes ou mauvaises? » (QAA8) a servi à l'élaboration de l'indice de l'auto-évaluation de la qualité des habitudes alimentaires. Introduit dans l'*Enquête Promotion de la santé* (Canada, 1986) (Rootman et autres, 1988), l'indice faisait partie de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Il a aussi été utilisé dans les enquêtes de l'Institut national de la nutrition effectuées en 1989, 1994 et 1997 (NIN, 1997), offrant ainsi une comparabilité canadienne pour cette question. Compte tenu des faibles fréquences aux deux extrémités de l'indice, les réponses des

catégories « excellentes » et « très bonnes » ont été regroupées, ainsi que celles des catégories « moyennes » et « mauvaises », laissant ainsi trois catégories pour les analyses.

Afin d'évaluer la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête, trois questions, l'une portant sur les repas achetés congelés (QAA9a), la deuxième sur les repas livrés à la maison ou à emporter chez soi, comme des mets chinois, de la pizza ou du poulet barbecue (QAA9b) et la dernière sur les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte, excluant les repas apportés de la maison (QAA9c), ont été posées dans le questionnaire autoadministré. Ces questions faisaient aussi l'objet d'analyses lors de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). La période de référence de 7 jours a toutefois été préférée à celle de 2 jours utilisée en 1990, afin de répartir la consommation des repas préparés à l'extérieur sur l'ensemble de la semaine. Cela permet d'éviter les biais liés aux achats de fin de semaine, traditionnellement associés à une période de repos, par rapport à ceux effectués pendant la semaine, incluant les repas consommés sur les lieux de travail ou à l'école. Un indice regroupant les résultats de ces trois questions a permis de caractériser les divers groupes de la population en fonction de la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer en quatre catégories : jamais (0 fois), occasionnellement (de 1 à 3 fois), souvent (de 4 à 6 fois) et régulièrement (7 fois ou plus).

Deux questions du questionnaire autoadministré traitent de la solitude au moment des repas, soit « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec votre conjoint/e ou d'autres personnes de 15 ans et plus? » (QAA10) et « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec des enfants de moins de 15 ans? » (QAA11). Comme les questions précédentes, celle portant sur la consommation des repas seul ou avec d'autres faisait partie de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Un indice, basé sur ces deux questions, a permis de classer les individus selon qu'ils prennent habituellement leurs repas à domicile seuls (réponse « non » aux deux questions) ou avec d'autres personnes (réponse « oui » à l'une ou l'autre des deux questions).

Finalement, trois questions, posées au répondant-clé du ménage par l'intervieweur, visaient à évaluer certains éléments reliés à l'insécurité alimentaire, soit la monotonie du régime (QRI153 : « Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en racheter »), la restriction de l'apport alimentaire (QRI154 : « Nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture »), ainsi que l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières (QRI155 : « Nous ne pouvons pas offrir des repas équilibrés aux enfants de notre foyer parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement »), cette dernière question étant posée uniquement aux personnes des ménages ayant des enfants de moins de 18 ans. Ces questions s'inspirent du Questionnaire Radimer/Cornell validé aux États-Unis (Radimer et autres, 1992; Kendall et autres, 1995) et dont l'utilité pour estimer la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec a été évaluée dans une étude exploratoire auprès d'un échantillon non aléatoire (Hamelin, 1999). Un indice regroupant les réponses affirmatives (souvent vrai et parfois vrai) à l'une ou l'autre des trois questions a été aussi utilisé. Toute personne répondant positivement à l'une ou l'autre des trois questions était considérée en situation d'insécurité alimentaire. L'indice développé ne permet pas d'établir la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec, essentiellement parce que la valeur de prédiction des éléments qui le composent n'est pas connue dans la population québécoise. L'indice offre cependant une première indication de certains éléments reliés au phénomène de l'insécurité alimentaire au Québec.

Une dernière question (QRI156), posée au répondant clé du ménage par l'intervieweur, a été utilisée pour évaluer le nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels les membres du foyer ont manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture. Cette question a été tirée des « Food Sufficiency Questions » du « NHANES III Family Questionnaire » (Briefel et Woteki, 1992). Elle a été posée uniquement aux personnes qui avaient répondu positivement à au moins une des trois questions précédentes de l'indice d'insécurité alimentaire.

6.1.2 Comparabilité avec l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990*

Le volet « alimentation », absent de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* de Santé Québec, a été étudié de façon détaillée dans l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Les questions portant sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires et sur la consommation des repas seul ou avec d'autres permettent d'effectuer des comparaisons avec cette enquête. Les comparaisons portent toutefois uniquement sur les répondants de 18 à 74 ans, tel qu'on l'a recueilli en 1990. Pour sa part, la consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer ne permet pas de comparaison directe puisqu'en 1990, la période d'étude était de 2 jours, alors qu'une période de 7 jours a été retenue pour la présente enquête.

6.1.3 Portée et limites des données

La question portant sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires a été retenue puisqu'il n'était pas possible, pour cette enquête, de recueillir des données de consommation alimentaire (rappel de 24 heures, questionnaire de fréquence) comme c'était le cas en 1990, compte tenu du coût et de la complexité de ce type d'évaluation.

D'autre part, le questionnaire original sur l'insécurité alimentaire, le Radimer/Cornell, comprend 13 affirmations formulées dans les mots de personnes ayant déjà souffert de la faim et auxquelles le répondant du ménage est appelé à répondre « souvent vrai », « parfois vrai » ou « jamais vrai ». Ce questionnaire était trop long pour être administré dans sa totalité dans le cadre de la présente enquête. Trois affirmations parmi les 13 ont été retenues, en fonction des résultats préliminaires d'une étude sur l'insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec (Hamelin, 1999). Les affirmations choisies pour l'enquête correspondent aux éléments qui semblaient alors les plus sensibles[1] dans l'échantillon pour trois des dimensions mesurées par le Questionnaire Radimer/Cornell.

Les résultats pour chacun des thèmes sur l'alimentation sont d'abord présentés pour l'ensemble de la population afin de fournir un portrait d'ensemble de la perception de la qualité des habitudes alimentaires, de la consommation de repas préparés à l'extérieur, de la solitude au moment des repas et de l'insécurité alimentaire. Ces résultats sont ensuite décrits selon l'âge et le sexe en raison des différences déjà observées, notamment entre les hommes et les femmes lors d'enquêtes précédentes (Santé et Bien-être Social Canada, 1990). De plus, un intérêt marqué a été porté aux conditions socio-économiques lors de l'analyse, lesquelles ont une grande influence sur les habitudes alimentaires de l'ensemble de la population (Sanders-Philips, 1994; Laitinen et autres, 1995). La qualité de l'alimentation, telle qu'elle est perçue, a été mise en relation avec les autres thèmes à l'étude, soit la consommation de repas préparés à l'extérieur, la solitude au moment des repas et diverses manifestations d'insécurité alimentaire. Enfin, lorsque cela s'est avéré pertinent, certains des thèmes se rapportant à l'alimentation ont été évalués selon la perception de l'état de santé.

Soulignons que le taux de non-réponse partielle à l'ensemble des questions abordées dans le présent chapitre est inférieur à 5 %.

---

1. L'expression « plus sensible » fait référence au fait que la proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire qui ont répondu positivement à la question était plus grande pour cet élément que pour les éléments-frères qui mesuraient la même dimension.

6.2 Résultats

6.2.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires

L'évaluation des habitudes alimentaires par les personnes elles-mêmes permet d'estimer à 85 % la proportion de la population de 15 ans et plus qui qualifie ses habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes (39 %) ou de bonnes (45 %), alors que 15 % de la population les qualifie de moyennes ou de mauvaises (tableau 6.1).

Tableau 6.1
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
Hommes			
15-24 ans	34,2	44,8	21,0
25-44 ans	33,2	47,1	19,7
45-64 ans	41,1	45,1	13,9
65 ans et plus	47,5	42,0	10,5
Total	**37,4**	**45,5**	**17,1**
Femmes			
15-24 ans	35,4	46,5	18,0
25-44 ans	39,1	46,3	14,6
45-64 ans	44,9	43,0	12,0
65 ans et plus	45,9	44,5	9,6
Total	**41,3**	**45,1**	**13,6**
Sexes réunis			
15-24 ans	34,8	45,7	19,5
25-44 ans	36,1	46,7	17,2
45-64 ans	43,0	44,0	13,0
65 ans et plus	46,6	43,4	10,0
Total	**39,4**	**45,3**	**15,3**
Pe '000	**2 295**	**2 637**	**892**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon le sexe et l'âge

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie en fonction du sexe et de l'âge (tableau 6.1). Ainsi, il y a davantage de femmes (41 %) que d'hommes (37 %) qui qualifient d'excellentes ou de très bonnes leurs habitudes alimentaires, alors que proportionnellement plus d'hommes (17 %) que de femmes (14 %) les perçoivent comme étant moyennes ou mauvaises. Cette perception varie également en fonction de l'âge. En effet, plus les gens avancent en âge, plus la perception de la qualité de leurs habitudes alimentaires s'améliore. Ainsi, environ 90 % des personnes de 65 ans et plus qualifient leurs habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes (47 %) ou de bonnes (43 %), tant parmi la population masculine que féminine, alors que cette proportion est d'environ 80 % parmi la population de 15 à 24 ans.

Évolution

Tant chez les hommes que chez les femmes, les résultats obtenus en 1998 montrent une amélioration de la perception de la qualité des habitudes alimentaires depuis 1990 pour la population âgée de 18 à 74 ans (tableau 6.2). En effet, on observe une diminution de la proportion de personnes qui rapportent des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (28 % c. 16 %), et une hausse de la proportion de personnes indiquant des habitudes alimentaires excellentes ou très bonnes (24 % c. 39 %).

Tableau 6.2
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998

	Excellente ou très bonne		Bonne		Moyenne ou mauvaise	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998
			%			
Hommes	21,5	36,6	48,0	45,9	30,4	17,5
Femmes	27,2	40,9	46,9	45,2	25,9	13,9
Sexes réunis						
18-24 ans	16,7	32,6	48,7	45,9	34,6	21,5
25-44 ans	22,2	36,1	48,0	46,7	29,9	17,2
45-64 ans	29,0	43,0	46,2	44,0	24,8	13,0
65-74 ans	34,1	44,4	46,6	44,9	19,3	10,8
Total	**24,4**	**38,8**	**47,5**	**45,5**	**28,2**	**15,7**

Sources : Santé Québec, *Enquête québécoise sur la nutrition 1990.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Cette amélioration dans la perception de la qualité des habitudes alimentaires des Québécois depuis 1990

s'observe dans tous les groupes d'âge, le gain dans la catégorie des habitudes alimentaires excellentes et très bonnes se faisant dans chacun des cas au détriment des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie aussi en fonction des caractéristiques matrimoniales et familiales (tableau C.6.1). Ainsi, les personnes mariées ou vivant en union de fait sont proportionnellement moins nombreuses à qualifier de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires (12 % et 16 %) alors que les personnes célibataires qualifient ainsi leurs habitudes alimentaires dans une proportion de 20 %. La perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le type de famille met également en évidence que les personnes vivant en couple sans enfants ou en famille biparentale sont proportionnellement moins nombreuses à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (13 % et 14 %) que les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale, lesquelles qualifient ainsi leur alimentation dans des proportions respectives de 21 % et 19 %. Il est à noter que les familles recomposées ne se distinguent pas de toutes les autres catégories.

L'évaluation de la qualité des habitudes alimentaires varie également selon la scolarité relative et les caractéristiques économiques telles que le niveau de revenu, la perception de la situation financière, le statut d'activité habituelle et la catégorie professionnelle (tableau C.6.1). Ainsi, la proportion de personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leurs habitudes alimentaires diminue entre le plus bas et le plus haut niveau de scolarité (18 % c. 12 %), et entre la catégorie la plus basse et la plus élevée du niveau de revenu (24 % c. 13 %). Parmi les personnes qui se perçoivent comme très pauvres, environ le tiers de celles-ci qualifient leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises comparativement à 12 % et 13 % parmi celles qui se perçoivent à l'aise ou dont le revenu est jugé suffisant. Par ailleurs, les personnes retraitées et les personnes à la maison (autres que sans emploi) sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes qui travaillent à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (11 % et 12 %), alors que les étudiants et les personnes sans emploi sont proportionnellement les plus nombreux à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires (19 % et 25 %). Parmi les personnes qui occupent un emploi, il y a davantage d'ouvriers non qualifiés et de manœuvres (21 %) que de professionnels et de cadres supérieurs (11 %) qui qualifient de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires.

Variations selon certains aspects de la santé

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie également en fonction de la perception de l'état de santé et de l'indice de masse corporelle (tableaux 6.3 et 6.4). Ainsi, environ le tiers (33 %) des personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé qualifient de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires comparativement à 9 % des personnes dont la perception de l'état de santé est excellente ou très bonne.

En regard de l'indice de masse corporelle, les personnes ayant un surplus de poids sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant un poids insuffisant ou un poids santé à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (20 % c. 13 % et 14 %) (tableau 6.4).

Tableau 6.3
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
		%	
Perception de l'état de santé			
Excellent ou très bon	53,0	38,1	9,0
Bon	24,3	56,1	19,6
Moyen ou mauvais	19,8	47,3	32,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.4
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
		%	
Poids insuffisant	46,9	39,7	13,4
Poids santé	41,3	45,1	13,6
Surplus de poids	31,7	48,1	20,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

6.2.2 Évaluation de certaines pratiques alimentaires

Consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer

La consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer porte plus particulièrement sur la consommation de repas achetés congelés, de repas livrés à la maison ou à emporter, ainsi que de repas consommés au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte (excluant les repas apportés de la maison), et ce, au cours d'une période de 7 jours. En moyenne, 2,1 repas préparés à l'extérieur du foyer ont été consommés au cours d'une telle période (données non présentées).

Environ 28 % de la population de 15 ans et plus n'a pris aucun repas préparé à l'extérieur au cours d'une semaine (tableau 6.5). Près de 50 % a consommé un repas préparé à l'extérieur de façon occasionnelle (de 1 à 3 fois au cours d'une période d'une semaine), 16 %, souvent (de 4 à 6 fois) et 6 %, de façon régulière (7 fois ou plus - jusqu'à 28 fois). Ainsi, au total, environ 72 % de la population de 15 ans et plus a consommé au cours d'une semaine au moins un repas préparé à l'extérieur.

Tableau 6.5
Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais	À l'occasion (1 à 3 fois)	Souvent (4 à 6 fois)	Régulièrement (7 fois ou plus)
		%		
Hommes				
15-24 ans	14,5	47,7	26,2	11,6
25-44 ans	19,0	49,0	21,3	10,6
45-64 ans	32,3	44,9	16,0	6,9
65 ans et plus	51,9	38,6	7,4	2,2**
Total	**25,9**	**46,4**	**19,0**	**8,7**
Femmes				
15-24 ans	15,3	57,8	19,5	7,3
25-44 ans	23,3	56,6	16,0	4,1
45-64 ans	37,0	51,7	9,7	1,6*
65 ans et plus	52,8	41,5	4,1*	1,6**
Total	**30,5**	**53,1**	**12,9**	**3,5**
Sexes réunis				
15-24 ans	14,9	52,7	22,9	9,5
25-44 ans	21,1	52,8	18,7	7,4
45-64 ans	34,7	48,4	12,8	4,2
65 ans et plus	52,4	40,3	5,5	1,8
Total	**28,3**	**49,8**	**15,9**	**6,1**
Pe '000	**1 657**	**2 895**	**922**	**351**

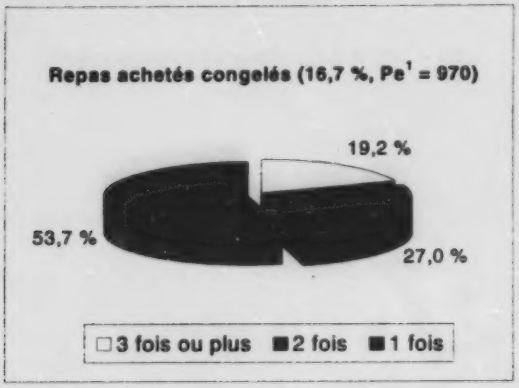
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

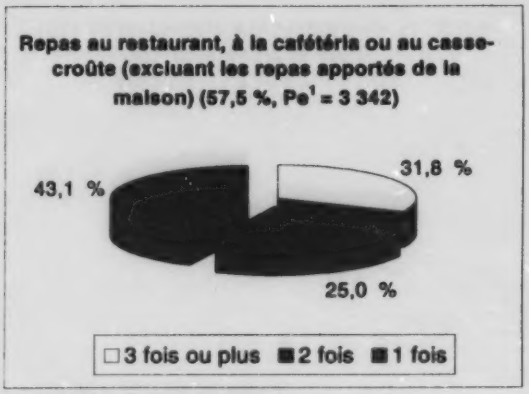
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte figurent au premier rang parmi les types de repas consommés à l'extérieur (figure 6.1). Ainsi, 58 % de la population a consommé au cours d'une période d'une semaine au moins un repas pris sur place au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte et 36 % ont consommé au moins un repas qui a été livré ou emporté au domicile. Les repas achetés congelés sont consommés par 17 % des personnes de 15 ans et plus. Enfin, parmi les personnes qui consomment des repas à l'extérieur, la fréquence de consommation au cours d'une période de 7 jours (3 fois ou plus) est plus élevée pour les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte que pour les repas achetés congelés ou les repas livrés ou à emporter (32 % c. 19 % et 9 %).

Figure 6.1
Fréquence et type de repas consommés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998





1. Population estimée en milliers.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Variations selon le sexe et l'âge

Lorsque les catégories « à l'occasion (1 à 3 fois) », « souvent (4 à 6 fois) » et « régulièrement (7 fois ou plus) » sont combinées, on constate que les hommes mangent des repas préparés à l'extérieur dans une plus grande proportion et le font plus fréquemment que les femmes (74 % c. 69 %) (tableau 6.5). Cependant, de façon générale, tant chez les hommes que chez les femmes, la consommation de repas préparés à l'extérieur diminue avec l'âge, peu importe la fréquence de consommation. En effet, la proportion de personnes qui ont consommé un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours est de 85 % chez les 15-24 ans, 79 % chez les 25-44 ans, 65 % chez les 45-64 ans et 48 % chez les 65 ans et plus.

- Variations selon certaines caractéristiques socio-économiques

En combinant les catégories « souvent (4 à 6 fois) » et « régulièrement (7 fois ou plus) », on observe que les personnes en union de fait et les personnes célibataires sont proportionnellement plus nombreuses que celles des autres catégories d'état matrimonial à consommer des repas préparés à l'extérieur et qu'elles le font plus fréquemment (4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours) (26 % et 31 %) (tableau C.6.2). Cependant, malgré une association entre la consommation de repas préparés à l'extérieur et le type de famille, aucune tendance claire ne se dégage quand on

compare les différentes catégories de famille entre elles. Concernant le statut d'activité habituelle et la catégorie professionnelle, une association est observée entre ces variables et la consommation de repas préparés à l'extérieur. Ainsi, les étudiants et les personnes qui occupent un emploi sont proportionnellement plus nombreux que toutes les autres catégories de statut d'emploi à consommer des repas préparés à l'extérieur et elles le font plus fréquemment (4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours) (31 % et 28 %). Parmi les personnes qui occupent un emploi, celles se situant dans les catégories professionnelles les plus élevées (professionnels et cadres supérieurs et cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens) consomment des repas préparés à l'extérieur plus souvent que les personnes appartenant aux autres catégories d'emploi (35 % c. 24 % à 27 %). Cette relation pourrait être associée au revenu et au niveau d'éducation, puisque la consommation de repas préparés à l'extérieur augmente avec le niveau de revenu, la perception de sa situation financière et la scolarité relative.

- Variations selon certains aspects reliés à la santé

La consommation et la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur sont associées à la perception de la qualité des habitudes alimentaires, de même qu'à la perception de l'état de santé. Ainsi, les personnes qui consomment souvent et régulièrement des repas préparés à l'extérieur sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir plutôt négativement leurs habitudes alimentaires (moyennes et mauvaises) (23 % et 34 %) que celles qui n'en consomment jamais ou seulement à l'occasion (12 % et 13 %) (tableau 6.6). À l'inverse, les personnes qui n'ont pas consommé de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir négativement leur état de santé (catégories moyen et mauvais) que celles qui ont consommé de tels repas, quelle qu'en soit la fréquence (16 % c. 9 %).

Tableau 6.6
Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Perception de la qualité des habitudes alimentaires			Perception de l'état de santé		
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Jamais	46,2	42,2	11,6	47,6	36,6	15,7
À l'occasion (1 à 3 fois)	40,4	46,9	12,7	56,9	34,2	8,9
Souvent (4 à 6 fois)	30,3	47,0	22,7	59,5	32,0	8,5
Régulièrement (7 fois ou plus)	25,1	40,7	34,2	56,8	34,2	9,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Solitude au moment des repas

Environ 17 % des gens mangent habituellement seuls (tableau 6.7). Les personnes de 65 ans et plus mangent seules dans une proportion plus élevée que les gens plus jeunes (30 % c. 14 % à 17 %) mais cette différence en fonction de l'âge ne s'observe que parmi la population féminine. Soulignons que près de 40 % des femmes de 65 ans et plus prennent leurs repas habituellement seules comparativement à environ 18 % des hommes du même groupe d'âge.

Tableau 6.7
Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Personnes qui mangent habituellement seules	
	Oui	Non
	%	
Hommes		
15-24 ans	18,8	81,2
25-44 ans	17,1	82,9
45-64 ans	15,3	84,7
65 ans et plus	18,0	82,0
Total	**17,0**	**83,1**
Femmes		
15-24 ans	11,0	89,0
25-44 ans	10,4	89,6
45-64 ans	18,1	81,9
65 ans et plus	39,1	60,9
Total	**17,2**	**82,8**
Sexes réunis		
15-24 ans	15,0	85,1
25-44 ans	13,8	86,2
45-64 ans	16,7	83,3
65 ans et plus	30,1	70,0
Total	**17,1**	**82,9**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

Les personnes veuves, séparées ou divorcées et les personnes célibataires mangent habituellement seules dans une proportion plus élevée (57 % et 32 %) que les personnes vivant avec un conjoint, qu'elles soient mariées ou non (2,6 % et 3,8 %) (tableau C.6.3). Dans le même ordre d'idées, 84 % des personnes qui vivent seules mangent seules. Les personnes vivant dans un couple sans enfants et dans une famille biparentale ou recomposée seraient celles qui sont les moins susceptibles de prendre leurs repas seules (de 4,1 % à 5 %), alors que 14 % des personnes vivant dans une famille monoparentale mangent seules.

Le fait de manger seul est aussi associé au statut d'activité habituelle. En effet, plus du quart des gens à la retraite (26 %) et sans emploi (28 %) mangent seuls, comparativement à environ 15 % des personnes ayant un emploi ou étant aux études et 16 % des personnes qui tiennent maison. La situation financière s'avère aussi liée à la solitude au moment du repas. Près de la moitié des personnes très pauvres (45 %) et plus du quart des personnes pauvres (26 %) mangent seules, alors que la proportion diminue pour s'établir à 8 % parmi les personnes ayant un niveau de revenu supérieur. Une relation similaire est observée pour la perception de sa situation financière.

- Évolution

La comparaison des données de 1998 avec celles de 1990 permet de constater une tendance à la hausse de la solitude au moment du repas parmi la population de 18 à 74 ans (16 % c. 13 %) (tableau 6.8). Cette augmentation s'observe uniquement chez les hommes et chez les personnes de 18 à 24 ans. En effet, en 1990, 11 % des hommes prenaient leurs repas habituellement seuls alors qu'en 1998, cette proportion est de 17 %. Parmi la population de 18 à 24 ans, la proportion de personnes qui mangent habituellement seules est passée de 10 % à 17 % entre 1990 et 1998.

- Variations selon certains aspects reliés à la santé

Le fait de manger seul est associé à la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé. Ainsi, 25 % des personnes qui mangent habituellement seules qualifient leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises comparativement à 14 % de celles qui mangent en compagnie d'autres individus (tableau 6.9). Une relation semblable est observée entre la perception de l'état de santé et la solitude au moment des repas, alors qu'il y a,

Tableau 6.8
Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998

	1990	1998
	%	
Hommes	10,5	17,1
Femmes	15,5	15,7
Sexes réunis		
18-24 ans	9,7*	17,2
25-44 ans	11,6	13,8
45-64 ans	13,4	16,7
65-74 ans	24,2	25,5
Total	**13,0**	**16,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, *Enquête québécoise sur la nutrition 1990.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

proportionnellement plus de personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé parmi celles qui mangent habituellement seules comparativement à celles qui mangent habituellement avec d'autres personnes (16 % c. 10 %).

6.2.3 Insécurité alimentaire des ménages

Globalement, environ 8 % de la population de 15 ans et plus vit au moins l'une ou l'autre des trois situations retenues d'insécurité alimentaire (tableau 6.10). Ainsi, environ 7 % des Québécois mangent la même chose plusieurs jours de suite parce qu'ils n'ont que quelques aliments sous la main et n'ont pas d'argent pour en racheter (monotonie du régime), environ 4,5 % des personnes mangent moins qu'elles le devraient parce qu'elles n'ont pas assez d'argent pour la nourriture (restriction de l'apport alimentaire) et 4,1 % des personnes ne peuvent offrir des repas équilibrés à leurs enfants parce qu'elles ne peuvent se le permettre financièrement (incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants). Parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire, environ 2 % ont manqué d'aliments ou d'argent pour acheter de la nourriture durant 7 jours ou moins au cours d'une période d'un mois, et environ 0,7 % en ont manqué entre 8 et 15 jours (données non présentées).

Variations selon l'âge

Dans l'ensemble, l'insécurité alimentaire ne varie pas en fonction du sexe (tableau 6.10). Toutefois, parmi les trois aspects de cet indice, on observe que la monotonie du régime et la restriction de l'apport alimentaire varient en fonction de l'âge. De façon générale, la préoccupation de l'insécurité alimentaire s'atténue à partir de 45 ans.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Dans l'ensemble, l'un ou l'autre des aspects étudiés touche davantage les personnes sans conjoint (13 % des personnes veuves, séparées ou divorcées et 12 % des célibataires), atteignant jusqu'à 22 % des personnes vivant dans une famille monoparentale (tableau C.6.4). La présence de l'une ou l'autre des trois manifestations d'insécurité alimentaire étudiées est plus souvent observée parmi les personnes sans emploi (27 %), et les personnes vivant dans des ménages très pauvres

Tableau 6.9
Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la solitude au moment des repas, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Perception de la qualité des habitudes alimentaires			Perception de l'état de santé		
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
			%			
Oui	34,6	40,9	24,5	49,4	34,6	16,0
Non	40,3	46,2	13,5	55,4	34,8	9,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 6.10
Insécurité alimentaire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Sexe		Groupes d'âge (ans)					Total	Pe
	Hommes	Femmes	0-14	15-24	25-44	45-64	65 et plus		
	%								'000
Réponse positive ou non à l'un ou l'autre des trois aspects de l'insécurité alimentaire									
Oui	8,3	8,3	10,0	10,7	9,0	7,0	3,0	8,3	593
Non	91,7	91,7	90,1	89,3	91,0	93,0	97,0	91,7	6 580
Monotonie du régime									
Souvent vrai	1,6	1,5	1,6*	1,8*	1,6	2,0	0,6**	1,6	112
Parfois vrai	5,8	5,8	7,4	7,8	6,5	4,4	2,1*	5,8	418
Jamais vrai	92,6	92,6	91,1	90,5	91,9	93,7	97,4	92,6	6 643
Restriction de l'apport alimentaire									
Souvent vrai	1,1	1,1	1,0*	1,3*	1,1	1,5	0,1*	1,1	78
Parfois vrai	3,6	3,3	4,5	3,9	3,8	2,8	1,4*	3,4	247
Jamais vrai	95,3	95,6	94,5	94,9	95,0	95,7	98,5	95,5	6 847
Incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants									
Souvent vrai	0,7*	1,0*	1,0*	0,9*	0,8*	0,8*	–	0,9	54
Parfois vrai	2,9	3,5	3,9	3,5*	2,6	2,6	3,0**	3,2	217
Jamais vrai	96,4	95,5	95,2	95,6	96,6	96,6	97,0	95,9	6 902

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

et pauvres (39 % et 20 %). De plus, l'une ou l'autre des manifestations de l'insécurité alimentaire touche environ 14 % des personnes les moins scolarisées par rapport à 4,8 % des personnes les plus scolarisées. Les personnes retraitées et les personnes occupant un emploi sont proportionnellement moins nombreuses que toutes les autres catégories de statut d'activité habituelle (4,4 % et 5 % c. 10 % à 27 %) à être touchées par l'insécurité alimentaire.

Variations selon certains aspects reliés à la santé

L'insécurité alimentaire est également associée à des caractéristiques qui sont liées à la santé (tableau 6.11). Ainsi, la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé, ainsi qu'un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et un niveau faible à l'indice de soutien social, varient selon que les personnes sont touchées ou non par l'une ou l'autre des manifestations d'insécurité alimentaire. En effet, les personnes souffrant d'insécurité alimentaire sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir leurs habitudes alimentaires et leur état de santé comme étant moyens ou mauvais comparativement à celles dont ce n'est pas le cas (33 % et 19 % c. 14 % et 10 %). De même, il y a proportionnellement plus de personnes touchées par l'insécurité alimentaire qui se situent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou qui ont un niveau faible à l'indice de soutien social comparativement à celles qui ne sont touchées par aucun des aspects étudiés (33 % et 39 % c. 19 % et 18 %).

Tableau 6.11

Perception de la qualité des habitudes alimentaires, perception de l'état de santé, indice de détresse psychologique et indice de soutien social selon l'insécurité alimentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Perception de la qualité des habitudes alimentaires		
Excellente ou très bonne	23,8	40,7
Bonne	43,5	45,4
Moyenne ou mauvaise	32,7	13,9
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	43,2	55,2
Bon	37,6	34,4
Moyen ou mauvais	19,2	10,4
Niveau de l'indice de détresse psychologique		
Bas à moyen	67,0	81,0
Élevé	33,0	19,0
Niveau de l'indice de soutien social		
Faible	38,5	18,4
Élevé	61,5	81,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

6.2 Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Les résultats de l'enquête portant sur l'alimentation ont permis d'établir que la plus grande partie (85 %) de la population évalue positivement ses habitudes alimentaires, en les qualifiant soit d'excellentes, de très bonnes ou de bonnes. Environ 15 % de la population qualifie plutôt négativement ses habitudes alimentaires.

Toutefois, les différents groupes dans la population ne donnent pas la même évaluation de la qualité de leurs habitudes alimentaires. Celle-ci paraît être plus positive chez les femmes que chez les hommes, de même que chez les personnes les plus âgées par rapport aux personnes les plus jeunes. La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie également en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques. Ainsi, la proportion de personnes qui qualifient positivement leurs habitudes alimentaires augmente avec le niveau de scolarité, le niveau de revenu et la catégorie professionnelle. Par ailleurs, les personnes les plus susceptibles d'évaluer plutôt négativement leurs habitudes alimentaires sont les personnes célibataires, les personnes veuves, séparées ou divorcées, les personnes qui vivent seules ou qui sont monoparentales ainsi que les personnes qui sont aux études ou sans emploi. Ces résultats vont dans le sens des observations déjà rapportées à l'effet que les personnes seules et celles dont les conditions socio-économiques sont les moins favorables sont proportionnellement plus nombreuses que les autres personnes à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires (Gerrior et autres, 1995; Donkin et autres, 1998; NIN, 1997). Enfin, la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) est positivement reliée à l'état de santé (auto-évalué) et à un indice de masse corporelle plus adéquat.

La comparaison des résultats de 1998 avec ceux obtenus en 1990 permet de constater une augmentation de la proportion de la population qui qualifie d'excellentes ou de très bonnes ses habitudes alimentaires. Ainsi, en 1998, près de 40 % de la population qualifie de telle sorte ses habitudes alimentaires alors que cette proportion était de 24 % en 1990. Cette amélioration depuis 1990 touche tous les groupes d'âge et de sexe. De tels résultats rejoignent ceux de l'enquête canadienne de l'Institut national de la nutrition, dans laquelle 39 % des Canadiens ont évalué leurs habitudes alimentaires comme étant excellentes ou très bonnes en 1997 (NIN, 1997).

Des études plus approfondies seraient nécessaires afin de dégager des facteurs explicatifs de l'influence de l'état matrimonial et du type de famille sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires. De plus, il serait important de tenter de déterminer l'influence de certains éléments de rupture, tels que la perte d'emploi, la séparation, le deuil ou le passage à la retraite, sur l'évolution de la qualité des habitudes alimentaires.

Près des trois quarts des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé au moins un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours. En moyenne, 2,1 repas préparés à l'extérieur du foyer sont consommés au cours d'une période de 7 jours. Cette pratique est plus fréquente chez les hommes (74 %) que chez les femmes (69 %). De plus, parmi les personnes âgées de 15 à 44 ans, environ 4 personnes sur 5 ont consommé au moins un repas préparé à l'extérieur au cours d'une telle période. L'enquête révèle aussi que la consommation de repas préparés à l'extérieur est positivement associée à certains indicateurs de position sociale. En effet, ce sont les individus appartenant aux catégories professionnelles les plus élevées, les personnes les plus instruites et celles dont le revenu est le plus élevé qui consomment le plus de repas préparés à l'extérieur. Par ailleurs, la consommation de repas préparés à l'extérieur à une fréquence de 4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours est associée négativement aux habitudes alimentaires, alors qu'elle est, indépendamment de la fréquence de consommation, positivement associée à la perception de l'état de santé. Il serait toutefois intéressant de mener des analyses plus élaborées afin de pouvoir mieux expliquer cette dernière relation qui pourrait être attribuée à d'autres variables, telles que le revenu, qui donne accès à la consommation d'un plus grand nombre de repas à l'extérieur tout en étant positivement associé à un meilleur état de santé.

L'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995) s'est aussi intéressée à la consommation de repas préparés à l'extérieur de la maison (type et fréquence), mais cette évaluation portait seulement sur les 2 jours précédant l'enquête. Il s'avère donc difficile de faire des comparaisons directes. Néanmoins, à titre indicatif, lors de cette enquête, environ 49 % de la population de 18 à 74 ans avait pris un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 2 jours. Comme dans la présente enquête, en 1990, peu de gens avaient consommé des repas achetés congelés (4 % pour les 2 jours), 16 % des personnes environ avaient fait livrer ou avaient emporté un repas de l'extérieur, alors que 39 % avaient pris au moins un repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte.

Compte tenu qu'environ 20 % de la population de 15 ans et plus consomme au moins 4 repas ou plus préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours et que cette proportion est plus élevée parmi la population étudiante et les personnes qui occupent un emploi, il semble important de s'assurer que cette pratique n'aura pas d'impacts négatifs sur la qualité de l'alimentation dans les années à venir. Pour ce faire, il faudrait évaluer l'importance que les gens accordent à la valeur nutritive au moment de l'achat des repas préparés à l'extérieur, par rapport à d'autres éléments tels que le manque de temps pour préparer les repas, le prix ou la saveur des aliments. En effet, une enquête canadienne récente indique que le manque de temps constitue le principal élément dans la décision de consommer un repas préparé à l'extérieur du foyer et que la saveur des aliments est plus importante que leur valeur nutritive lorsque vient le temps d'acheter un repas préparé à l'extérieur (CCDA, 1999).

La présente enquête a aussi permis d'apprendre que dans la population de 15 ans et plus, près de 1 personne sur 5 mange habituellement seule. Cela est important puisque la perception que l'on a de la qualité de ses habitudes alimentaires et de son état de santé est associée de façon négative au fait de manger seul. Il est probable que les gens qui mangent seuls prennent moins de temps pour préparer des repas qu'ils jugent conformes à ce qui est recommandé dans le cadre d'une bonne alimentation. Ces résultats rejoignent ceux de Gerrior et autres (1995). Le fait que plus de femmes que d'hommes prennent leurs repas seules pourrait s'expliquer en partie par l'espérance de vie plus longue des femmes par rapport à leur conjoint. En effet, il y a davantage de femmes âgées de 65 ans et plus qui mangent seules, comparativement aux hommes du même groupe d'âge (39 % c. 18 %). Soulignons de plus que, parmi la population de 15 ans et plus, environ 4 personnes sur 5 vivant seules et 1 personne sur 7 vivant dans une famille monoparentale mangent habituellement seules. Par ailleurs, le fait

de manger seul est plus souvent observé parmi les personnes vivant en milieu de pauvreté, mettant en lumière un possible phénomène d'isolement social pour les plus démunis. Ces éléments doivent être pris en considération dans la planification des interventions en santé publique, d'autant plus qu'on observe, depuis 1990, une augmentation du nombre d'hommes qui mangent seuls, principalement chez les 18-24 ans.

Insécurité alimentaire des ménages

Dans l'ensemble, près de 1 Québécois sur 10 vit au moins l'une ou l'autre des trois manifestations d'insécurité alimentaire. La monotonie du régime alimentaire serait l'aspect le plus fréquent relié à l'insécurité alimentaire (7 %), alors que la restriction de l'apport alimentaire ou l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants par manque d'argent toucherait entre 4,1 % et 4,5 % de la population. Parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire, environ 2 % ont manqué d'aliments ou d'argent pour acheter de la nourriture durant 7 jours ou moins au cours d'une période d'un mois, et environ 0,7 % en ont manqué entre 8 et 15 jours. Il est possible que les résultats obtenus fassent sous-estimer la prévalence réelle d'insécurité alimentaire au sein de la population étant donné que seules trois facettes de l'expérience ont été examinées. Néanmoins, ces résultats indiquent un problème d'insécurité alimentaire au sein de la population québécoise. Ils appellent à comprendre le phénomène plus complètement dans toutes ses dimensions, de façon à pouvoir le mesurer dans son intégralité, le suivre et agir en conséquence. Certains groupes de la population sont particulièrement touchés par ce problème, qui atteint environ 1 personne pauvre sur 5 et 4 personnes très pauvres sur 10, plus du quart des personnes sans emploi et environ une famille monoparentale sur 5. Cet élément est important puisque l'insécurité alimentaire influence négativement la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé, en plus d'être associée à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social. Ainsi, l'insécurité alimentaire serait associée en partie à un certain isolement social qui semble souvent s'installer parallèlement à une situation de pauvreté. Les relations entre l'insécurité alimentaire, le soutien social et la détresse psychologique indiquent que les manifestations étudiées de l'insécurité alimentaire doivent s'insérer dans un contexte global des déterminants de santé lors des interventions de santé publique.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de la présente enquête sont essentiels, puisqu'ils font ressortir, dans un premier temps, la pertinence de développer des programmes d'éducation en nutrition (conférences, ateliers, informations écrites, etc.) et de promotion de la santé dans les milieux de travail majoritairement composés d'hommes et auprès des jeunes dans les milieux scolaires. Ces résultats soulignent également l'importance de poursuivre les efforts entrepris auprès des familles de milieu défavorisé dans les services d'aide à la préparation des repas, ainsi que dans l'appui aux projets communautaires qui offrent de la nourriture aux personnes les plus démunies et aux organismes qui enseignent les bases de la planification budgétaire et les rudiments de l'art culinaire. De même, les projets visant à briser la solitude au moment du repas demeurent des plus pertinents dans le cadre de cette problématique.

Les données de la présente enquête ne permettent pas de distinguer le moment de la journée ou le jour de la semaine auxquels les repas de l'extérieur sont consommés, ni d'apprécier la proportion des repas apportés de la maison. Ces résultats trouvent néanmoins un appui dans ceux de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995), dans laquelle la majorité (70 %) des personnes qui occupaient un emploi ou étaient aux études ainsi que les trois-quarts (76 %) des personnes de 18 à 34 ans prenaient un de leurs principaux repas à leur lieu de travail ou d'études, le tiers apportant à l'extérieur des repas préparés à la maison.

Dans la population en général, il sera de plus en plus crucial de travailler à accroître la disponibilité de

l'information nutritionnelle dans les endroits où s'achètent les produits alimentaires déjà préparés, afin que les consommateurs puissent bénéficier de l'information nécessaire pour faire des choix judicieux, malgré les contraintes de temps.

Les changements alimentaires que les Québécois choisiront d'effectuer dans les années à venir seront reliés à la perception qu'ils ont de la qualité de leurs habitudes alimentaires. La question portant sur l'auto-évaluation des habitudes alimentaires ainsi que les questions se rapportant à la consommation de repas préparés à l'extérieur auraient avantage à être intégrées aux prochaines enquêtes sur la santé. La disponibilité de cette information à différents moments permettrait d'assurer un suivi de la situation et d'évaluer les tendances dans différents groupes de la société, en fonction des programmes mis en place pour, notamment, améliorer la qualité de l'alimentation dans la population.

Les résultats de la présente enquête indiquent aussi que les conditions socio-économiques sont étroitement reliées à la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) de tous les groupes de la société. Les transformations sociales qui touchent la structure des ménages, l'emploi et le revenu ont un impact sur l'alimentation des individus. Les données recueillies lors de la présente enquête permettent d'effectuer une première évaluation de ces transformations relativement à l'alimentation des Québécois. Ces éléments doivent être pris en compte au moment de la planification d'interventions visant l'amélioration des habitudes alimentaires de la population. Au même titre que d'autres variables reliées au mode de vie, l'amélioration de la qualité des habitudes alimentaires et l'étude des déterminants des comportements alimentaires doivent faire partie des priorités de santé publique, puisqu'une saine alimentation dès la naissance et tout au long de la vie favorise la santé et le bien-être des individus.

Bibliographie

ANDERSON, S. A. (éd.) (1990). « Core indicators for nutritional status for difficult-to-sample populations », *Journal of nutrition*, vol. 120, (suppl. 11), p. 1559-1600.

BAGHURST, K. I., A. A. HERTZLER, S. J. RECORD et C. SPURR (1992). « The development of a simple dietary assessment and education tool for use by individuals and nutrition educators », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, p. 165-172.

BRIEFEL, R. R., et C. E WOTEKI (1992). « Development of food sufficiency questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 1S, p. 24S-28S.

CLEMENS, L. H., D. L. SLAWSON et R. C. KLESGES (1999). « The effect of eating out on the quality of the diet in premenopausal women », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, n° 4, p. 442-444.

CONSEIL CANADIEN DE LA DISTRIBUTION ALIMENTAIRE (1999). *Santé, temps et magasinage : une question d'équilibre*, Toronto, CCDA/Canadian Living/FPACC/Arthur Andersen, 43 p.

DONKIN, A. J., A. E. JOHNSON, K. MORGAN, R. J. NEALE, R. M. PAGE et R. L. SILBURN (1998). « Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham », *Appetite*, vol. 30, n° 1, p. 39-51.

DUBOIS, L., M. GIRARD et N. BERGERON (2000). « The choice of a diet quality indicator to evaluate the nutritional health of population », *Public Health Nutrition* (à paraître).

GAGE, T. B., et K. O'CONNOR (1994). « Nutrition and the variation in level and age patterns of mortality », *Human Biology*, vol. 66, n° 1, p. 77-103.

GERRIOR, S. A., J. F. GUTHRIE, J. J. FOX et autres (1995). « Differences in the dietary quality of adults living in single versus multiperson household », *Journal of Nutrition Education*, vol 27, n° 3, p. 113-119.

HAMELIN, A.-M. (1999). *L'insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec : une première exploration*, Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 254 p.

INTERAGENCY BOARD FOR NUTRITION MONITORING AND RELATED RESEARCH (1995). *Third Report on Nutrition Monitoring in the United States (vol. 1 et 2)*, Government Printing Office, Washington DC.

JACOBS STARKEY, L., H. V. KUHNLEIN et K. GRAY-DONALD. (1998). « Food banks users: Sociodemographic and nutritional-characteristics », *Canadian Medical Association*, vol. 158, n° 9, p. 1143-1149.

KENDALL, A. C., M. OLSON et E. A. FRONGILLO JR (1995). « Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition*, vol. 125, n° 11, p. 2793-2801.

KINSEY, J. D. (1994). « Food and families' socioeconomic status », *Journal of nutrition*, vol. 124, n° 9S, p. 878S-885S.

LAITINEN, S., L. RASANEN, J. VIIKARI et H. K. AKERBLOM (1995). « Diet of Finnish children in relation to the family's socio-economic status », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 23, n° 2, p. 88-94.

LE FRANÇOIS, P., G. CALAMASSI-TRAN, P. HEBEL, C. RENAUD, S. LEBRETON et J. L. VOLATIER (1996). « Food and nutrient intake outside the home of 629 French people of fifteen years and over », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 50, n° 12, p. 826-831.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Les Publications du Québec, 103 p.

NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION (1997). *Tracking nutrition trends 1989 – 1994 – 1997, An update on Canadians' attitudes, knowledge and reported actions*, Ottawa, NIN, 50 p.

RADIMER, K. L., C. M. OLSON, J. C. GREENE, C. CAMPBELL et J.-P. HABICHT (1992). « Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 1S, p. 36S-45S.

ROOTMAN, I., R. WARREN, T. STEPHENS et L. PETERS (éd.) (1988). *Canada's Health Promotion Survey: technical report*, Ottawa, Minister of Supply and Services.

ROUFFIGNAT, J., S. RACINE et E. COTÉ (1996). *Appauvrissement, aide alimentaire et organismes communautaires : de la compréhension à l'action : table d'interaction sur la faim de Québec*, Rapport de recherche, Québec, CRAD, 265 p.

SANDERS-PHILLIPS, K. (1994). « Correlates of healthy eating habits in low income black women and latinos », *Preventive medicine*, vol. 23, p. 781-784.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Action concertée pour une saine alimentation : recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application*, Ottawa, Ministre des approvisionnements et Santé Canada, 104 p.

SANTÉ QUÉBEC, L. BERTRAND, (sous la direction de) (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 317 p.

Tableaux complémentaires

Tableau C.6.1

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
État matrimonial de fait			
Marié	42,9	45,4	11,7
En union de fait	38,6	45,9	15,5
Veuf, séparé ou divorcé	38,8	43,5	17,8
Célibataire	34,4	45,4	20,2
Type de famille			
Personne seule	37,3	42,1	20,6
Couple sans enfants	43,1	44,1	12,8
Autres ménages/familles	33,1	44,7	22,2
Famille biparentale	39,7	46,8	13,6
Famille recomposée	38,0	44,0	18,0
Famille monoparentale	33,5	48,0	18,5
Scolarité relative			
Plus faible	35,0	46,8	18,3
Faible	35,5	48,4	16,1
Moyenne	38,4	47,1	14,6
Élevée	38,9	45,1	16,0
Très élevée	48,5	39,6	11,9
Statut d'activité (habituelle)			
En emploi	38,3	46,1	15,6
Étudiant	36,1	45,3	18,6
À la maison	43,9	43,9	12,2
À la retraite	45,1	44,2	10,7
Sans emploi	31,3	43,4	25,4
Catégorie professionnelle			
Ouvrier non qualifié et manœuvre	34,3	45,2	20,6
Contremaître et ouvrier qualifié	31,6	51,7	16,8
Employé de bureau, de commerce, de service	36,5	45,9	17,5
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	42,7	43,9	13,4
Professionnel et cadre supérieur	50,0	39,3	10,7
Niveau de revenu			
Très pauvre	33,4	42,4	24,2
Pauvre	35,3	46,3	18,5
Moyen inférieur	37,5	47,7	14,8
Moyen supérieur	40,9	44,9	14,1
Supérieur	46,9	40,5	12,6
Perception de sa situation financière			
Très pauvre	26,9	39,6	33,4
Pauvre	30,6	47,8	21,6
Suffisant	40,4	46,6	13,1
À l'aise	48,3	39,7	12,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.6.2

Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais	À l'occasion (1 à 3 fois)	Souvent (4 à 6 fois)	Régulièrement (7 fois ou plus)
			%	
État matrimonial de fait				
Marié	33,1	50,5	12,5	4,0
En union de fait	19,9	54,2	18,4	7,5
Veuf, séparé ou divorcé	40,9	43,0	11,2	4,9
Célibataire	19,8	49,1	22,1	9,0
Type de famille				
Personne seule	34,2	41,7	16,1	8,0*
Couple sans enfants	33,2	49,4	12,9	4,5
Autres ménages/familles	22,7	46,7	20,6	10,0
Famille biparentale	24,8	52,6	16,9	5,7
Famille recomposée	21,8	50,7	19,5	8,0*
Famille monoparentale	26,1	51,2	15,8	6,9
Scolarité relative				
Plus faible	39,0	44,7	11,7	4,6
Faible	29,3	52,4	13,0	5,4
Moyenne	27,8	50,5	15,7	6,1
Élevée	24,6	50,9	18,3	6,3
Très élevée	20,4	51,3	20,4	7,9
Statut d'activité (habituelle)				
En emploi	20,2	51,7	19,9	8,2
Étudiant	16,1	53,2	23,1	7,5
À la maison	46,1	47,0	5,3	1,6*
À la retraite	48,7	43,7	5,7	2,0*
Sans emploi	41,1	44,4	11,2	3,4*
Catégorie professionnelle				
Ouvrier non qualifié et manœuvre	21,9	51,8	16,8	9,6
Contremaître et ouvrier qualifié	24,9	51,3	17,1	6,7
Employé de bureau, de commerce, de service	18,2	54,9	19,6	7,3
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	15,6	49,5	24,6	10,4
Professionnel et cadre supérieur	14,7	50,2	27,2	7,9
Niveau de revenu				
Très pauvre	47,4	38,5	8,4*	5,7*
Pauvre	38,3	44,9	12,3	4,5*
Moyen inférieur	31,0	49,6	14,3	5,2
Moyen supérieur	23,7	53,2	17,0	6,1
Supérieur	15,6	50,1	24,2	10,2
Perception de sa situation financière				
Très pauvre	46,8	40,2	8,6*	4,5*
Pauvre	34,5	46,6	14,3	4,7
Suffisant	27,0	52,2	15,4	5,5
À l'aise	20,1	49,0	21,0	10,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.6.3

Solitude au moment des repas selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
État matrimonial de fait		
Marié	2,6	97,4
En union de fait	3,8	96,2
Veuf, séparé ou divorcé	56,6	43,4
Célibataire	32,2	67,8
Type de famille		
Personne seule	84,4	15,6
Couple sans enfants	4,1	95,9
Autres ménages/familles	29,0	71,0
Famille biparentale	4,4	95,6
Famille recomposée	5,3*	94,7
Famille monoparentale	13,7	86,3
Scolarité relative		
Plus faible	16,1	84,0
Faible	14,6	85,4
Moyenne	17,1	82,9
Élevée	17,1	82,9
Très élevée	19,9	80,1
Statut d'activité (habituelle)		
En emploi	14,6	85,4
Étudiant	15,1	84,9
À la maison	15,6	84,4
À la retraite	26,1	73,9
Sans emploi	27,7	72,3
Catégorie professionnelle		
Ouvrier non qualifié et manœuvre	15,3	84,7
Contremaître et ouvrier qualifié	13,0	87,0
Employé de bureau, de commerce, de service	14,2	85,8
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	16,2	83,9
Professionnel et cadre supérieur	14,3	85,7
Niveau de revenu		
Très pauvre	45,1	54,9
Pauvre	25,9	74,2
Moyen inférieur	17,1	82,9
Moyen supérieur	12,4	87,6
Supérieur	7,9	92,1
Perception de sa situation financière		
Très pauvre	31,6	68,4
Pauvre	21,8	78,3
Suffisant	15,1	84,9
À l'aise	15,2	84,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.6.4
Insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

Réponse positive ou non à l'un ou l'autre des trois aspects de l'insécurité alimentaire	Oui	Non
	%	
État matrimonial de fait		
Marié	4,0	96,1
En union de fait	7,9	92,1
Veuf, séparé ou divorcé	12,5	87,5
Célibataire	12,1	87,9
Type de famille ayant au moins un enfant de moins de 18 ans		
Famille biparentale	5,9	94,1
Famille recomposée	8,7*	91,3
Famille monoparentale	22,5	77,5
Scolarité relative		
Plus faible	14,3	85,7
Faible	7,8	92,2
Moyenne	6,3	93,7
Élevée	5,8	94,3
Très élevée	4,8	95,2
Statut d'activité (habituelle)		
En emploi	5,4	94,6
Étudiant	9,5	90,5
À la maison	11,5	88,5
À la retraite	4,4	95,6
Sans emploi	27,1	72,9
Catégorie professionnelle		
Ouvrier non qualifié et manœuvre	8,9	91,1
Contremaître et ouvrier qualifié	6,2	93,8
Employé de bureau, de commerce, de service	5,5	94,5
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	3,5*	96,5
Professionnel et cadre supérieur	2,0*	98,0
Niveau de revenu		
Très pauvre	38,7	61,3
Pauvre	19,5	80,5
Moyen inférieur	6,8	93,3
Moyen supérieur	2,0	98,0
Supérieur	1,2	98,8
Perception de sa situation financière		
Très pauvre	32,5	67,5
Pauvre	18,0	82,0
Suffisant	4,2	95,8
À l'aise	1,8*	98,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 7

Activité physique

Bertrand Nolin
Kino-Québec
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Gaston Godin
Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux
des comportements liés à la santé
Université Laval

Denis Prud'homme
Division kinésiologie
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Introduction

L'activité physique, composante incontournable de notre vie quotidienne, est depuis longtemps identifiée comme un facteur important de maintien, d'amélioration et même de recouvrement de la santé. Néanmoins, l'identification du type et de la quantité (intensité, durée et fréquence) d'activité physique souhaitables (« dose souhaitable ») est un phénomène plus récent et les recherches se poursuivent afin de préciser encore davantage les recommandations à cet égard (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1996; Bouchard, Shephard et Stephens, 1994).

L'activité physique, dans son sens strict, se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos » (USDHHS, 1996, p. 20). Cependant, toutes les activités ou tous les mouvements possibles peuvent être regroupés dans quatre grandes catégories, soit l'activité physique domestique (hygiène personnelle, ménage, etc.), l'activité physique de travail (faire le service aux tables, transporter des boîtes, etc.), l'activité physique de transport (se rendre au travail en marchant, aller à l'école à bicyclette, etc.) et l'activité physique de loisir (sport, danse, conditionnement physique, etc.) (schéma 7.1).

Schéma 7.1
Catégories regroupant toute l'activité physique[1] potentiellement incluse dans une journée

L'activité physique domestique[2]	L'activité physique de travail[2] « l'occupation principale »	L'activité physique de transport	L'activité physique de loisir[3]
Exemples : • Se laver • Habiller les enfants • Passer l'aspirateur • Bricoler • Pelleter • Faire le marché • etc.	Exemples : • Classer du matériel • Faire le service aux tables • Transporter des colis • Pelleter de la terre • etc.	Exemples : • Se rendre au travail en marchant • Se rendre à l'école à bicyclette • Se rendre chez une amie en patins à roulettes • etc.	Exemples : • Marche • Bicyclette • Conditionnement physique individuel • Hockey sur glace • Danse sociale • etc.

1. Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos (USDHHS, 1996, p. 20).
2. Beaucoup d'activités de ces deux catégories sont physiquement très semblables, ou même identiques. Ce qui les différencie, principalement, est le fait d'être rémunérées ou non rémunérées, ainsi que l'endroit où elles sont faites.
3. Activités pratiquées durant les temps libres (sports, conditionnement physique, plein air, etc.).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les quatre catégories d'activité physique peuvent, à des degrés divers, influencer positivement ou négativement la santé d'un individu. Cependant, deux de ces catégories (l'activité physique domestique et l'activité physique de travail) ne sont pas vraiment sous le contrôle de l'individu, donc sont très peu modifiables, et plusieurs des exigences physiques liées à celles-ci ont diminué au cours du vingtième siècle (USDHHS, 1996), du moins dans les pays industrialisés. Ainsi, seulement l'activité physique de loisir et celle associée au transport demeurent majoritairement sous le contrôle de l'individu bien que, dans le cas du transport, les choix individuels puissent souvent être très limités.

En ce qui concerne l'activité physique de loisir, la décision individuelle est une composante incontournable, même si plusieurs facteurs internes ou externes à l'individu, modifiables ou non modifiables, peuvent influencer grandement le fait d'accomplir ou non de l'activité physique durant ses temps libres (Dishman, 1994). Parmi l'ensemble des variables permettant de mieux comprendre l'adoption de la pratique régulière d'activité physique, on peut identifier l'intention comportementale. L'intention est définie, selon Ajzen et Fishbein (1980), comme la probabilité que le comportement sera réalisé dans un temps déterminé. Elle est donc l'expression de la motivation. Plusieurs auteurs ont documenté son importance pour prédire la pratique comme telle d'activité physique (Godin et Kok, 1996).

La *Politique de la santé et du bien-être* du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), ainsi que le plan d'action 2000-2005 du programme Kino-Québec (Kino-Québec, 2000), ont confirmé l'importance que les autorités gouvernementales entendent accorder à la promotion de la pratique régulière d'activité physique. Cette dernière peut contribuer, de façon directe (ex. : maladies cardiovasculaires) et indirecte (ex. : intégration sociale des retraités), à l'atteinte de plusieurs objectifs identifiés dans cette politique. L'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte un éclairage utile sur quelques indicateurs touchant deux des quatre grandes catégories d'activité physique identifiées précédemment, soit l'activité physique de loisir et l'activité physique de travail (schéma 7.1).

Les objectifs du présent chapitre sont, dans un premier temps, de décrire la pratique d'activité physique de loisir sur une période de trois mois et l'intention de pratique au cours de la prochaine année. On y décrit également la pratique d'activité physique selon les principales caractéristiques personnelles et socioéconomiques ainsi que les activités physiques les plus populaires. Dans un deuxième temps, l'activité physique associée au travail ou à l'occupation principale est sommairement décrite. Ces résultats sont également comparés à ceux obtenus lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* lorsqu'il s'agit de l'activité physique de loisir et, pour l'activité physique de travail, la comparaison s'effectue avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987*.

7.1 Aspects méthodologiques

7.1.1 Indicateurs

Le thème de l'activité physique a été examiné à l'aide de la section IV du questionnaire autoadministré (QAA). La question touchant la pratique d'activité physique de loisir, « Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 3 derniers mois? » (QAA12), permet d'obtenir une estimation de la proportion de la population pratiquant des activités physiques à une intensité se rapprochant des niveaux moyen ou plus élevé (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996; Gionet et Godin, 1989). L'influence de ce type d'activité physique sur les déterminants de la condition physique et, de manière plus large, sur la santé, est très bien documentée (American College of Sports Medicine, 1998). L'indicateur utilisé fournit un éventail détaillé de la fréquence de pratique au cours des trois derniers mois, soit trois fois et plus par semaine, deux fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois et aucune fois. De plus, la question utilisée est identique à celle de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

La question 13, « Avez-vous l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année? » (QAA13), porte sur le déterminant principal (l'intention), modifiable, de la

pratique d'activité physique de loisir et elle est identique à celle utilisée dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La question fournit un éventail détaillé (cinq choix) de nature positive (« certainement » et « probablement oui »), neutre (« ni oui, ni non ») ou négative (« probablement non » et « certainement pas ») de l'intention de l'individu face à la pratique d'activités physiques de loisir au cours de la prochaine année (Valois, Godin et Bertrand, 1992).

La popularité de chacune des activités physiques est mesurée à l'aide des questions 17 et 18, « Indiquez le nombre approximatif de fois que vous avez pratiqué chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois. » (QAA17 et QAA18). Un choix de cinq plages de fréquence de pratique est présentée pour chaque activité (aucune fois, 1 à 4 fois, 5 à 9 fois, 10 à 14 fois et 15 fois et plus). Cette question a été adaptée d'une question de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Le niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale est estimé avec la question 19, « Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites ou l'activité principale que vous exercez habituellement? » (QAA19), laquelle comprend quatre niveaux d'exigence physique. Le niveau 1 fait référence à un travail habituellement assis, avec peu ou pas de déplacement. Le niveau 2, pour sa part, est associé à ceux et celles qui travaillent surtout debout ou qui ont souvent à se déplacer, mais qui n'ont pas ou n'ont que peu de charges à soulever ou à transporter. Le niveau 3 s'adresse aux personnes qui soulèvent ou qui transportent habituellement des charges légères, ou qui doivent souvent monter des escaliers ou des pentes. Finalement, le niveau 4 fait référence à un travail physique exigeant ou à un transport de charges très lourdes. L'indicateur retenu est le même que celui utilisé dans l'enquête *Santé Québec 1987* (Levasseur, 1987).

7.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions sur l'activité physique ont été reprises des enquêtes de 1987 (QAA19) et de 1992-1993 (QAA12, QAA13, QAA17 et QAA18), ce qui permet la comparaison des résultats entre les enquêtes. Toutefois, pour les questions 17 et 18 (popularité de chacune des activités), la comparaison avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ne peut être présentée, car la formulation de ces deux questions a dû être modifiée afin de recueillir plus d'informations sur quelques composantes supplémentaires. Néanmoins, certaines analyses ont pu être effectuées.

7.1.3 Portée et limites des données

Il est important de souligner que la question 12 (pratique d'activité physique au cours des trois derniers mois) ne mesure pas correctement l'activité physique pratiquée à une intensité un peu plus faible (ex. : la marche), alors que ce type d'activité peut également avoir des effets importants sur la santé (USDHHS, 1996). Donc, seulement une partie du continuum de pratique d'activité physique de loisir se trouve illustrée dans les résultats. Par ailleurs, les données de cette question tiennent compte de l'effet des saisons (quatre trimestres successifs de collecte, individus différents à chaque trimestre), mais ne sont pas pour autant des résultats de pratique sur une base annuelle. Les prévalences rapportées représentent la moyenne des quatre trimestres. Pour obtenir des niveaux de pratique sur une base annuelle, il faudrait interroger les mêmes individus, durant les quatre trimestres successifs. L'analyse de la pratique saisonnière n'est pas non plus possible, car l'information recueillie chevauche toujours deux saisons, la période de rappel de la question 12 étant « au cours des 3 derniers mois ».

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour les questions 12, 13 et 19 et il varie de 2 % à 8 % pour la liste des activités des questions 17 et 18. Plus précisément, ce taux varie de 2 % à 5 % pour la question 17 et de 7 % à 8 % pour la question 18. Les caractéristiques principales des non-répondants pour les questions 17 et 18 s'établissent comme suit : plus âgés, moins scolarisés, ne travaillent pas.

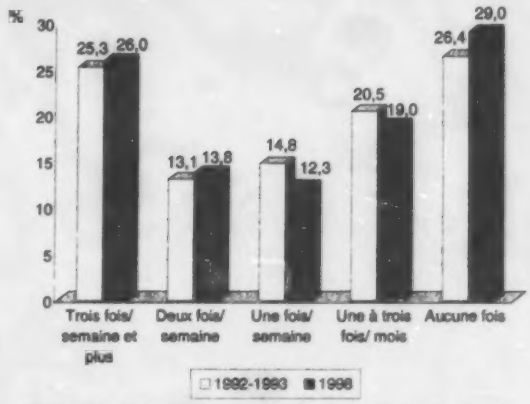
Il est à noter que les questions QAA14 (attitude envers la pratique de l'activité physique), QAA15 (perception du contrôle) et QAA16 (stades de changement) ne sont pas traitées dans le présent chapitre. Toutefois, elles seront abordées dans des publications subséquentes.

7.2 Résultats

7.2.1 Pratique d'activité physique de loisir

La figure 7.1 et le tableau 7.1 présentent une vue d'ensemble de la pratique de ce type d'activité physique de loisir chez les Québécois de 15 ans et plus au cours d'une période de trois mois. En 1998, la majorité de la population (55 %) se situe aux deux extrémités du continuum de pratique. Environ le quart de la population (26 %) pratique ces activités à une fréquence de trois fois et plus par semaine et 29 %, aucune fois. Pour l'autre partie de la population (45 %), la fréquence varie de une à trois fois par mois (19 %) à une à deux fois par semaine (26 %). Cependant, près de la moitié de la population (48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Ce constat se vérifie autant chez les hommes que chez les femmes, mais une proportion plus élevée d'hommes pratiquent à une fréquence de trois fois par semaine et plus (28 % c. 24 %) (tableau 7.1).

Figure 7.1
Fréquence de pratique d'activité physique de loisir[1], population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 7.1
Fréquence de pratique d'activité physique de loisir[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Trois fois/ semaine et plus		Deux fois/ semaine		Une fois/ semaine		Une à trois fois/ mois		Aucune fois	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%									
Hommes										
15-24 ans	43,2	43,3	16,8	15,3	12,8	13,0	18,7	18,4	8,5	9,9
25-44 ans	21,6	21,4	14,2	14,8	15,8	14,2	24,3	22,7	24,2	27,0
45-64 ans	25,7	25,9	12,2	13,2	13,2	9,2	18,1	14,6	30,8	37,2
65 ans et plus	37,6	32,8	9,1	9,2	8,9	8,3	7,7	7,9	36,7	41,8
Total	**28,1**	**27,9**	**13,6**	**13,8**	**13,9**	**11,8**	**19,9**	**17,8**	**24,6**	**28,8**
Femmes										
15-24 ans	25,4	25,8	16,4	18,5	18,0	18,8	26,8	25,1	13,4	11,8
25-44 ans	17,8	20,3	12,8	14,5	16,3	13,9	26,2	26,1	27,0	25,2
45-64 ans	26,7	28,1	11,6	13,0	14,7	9,9	15,5	15,1	31,5	33,9
65 ans et plus	26,5	24,5	9,4	7,9	12,5	9,4	9,0	9,1	42,6	49,1
Total	**22,6**	**24,1**	**12,6**	**13,7**	**15,6**	**12,8**	**21,0**	**20,1**	**28,2**	**29,2**
Sexes réunis										
Total	**25,3**	**26,0**	13,1	**13,8**	**14,8**	**12,3**	**20,5**	**19,0**	**26,4**	**29,0**
Pe '000	...	**1 514**	...	**798**	...	**717**	...	**1 102**	...	**1 695**

1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La comparaison avec les données de 1992-1993 permet d'observer une diminution de la fréquence de pratique, laquelle se concrétise plus particulièrement par l'augmentation de la proportion de la population qui ne fait jamais de telles activités (« aucune fois ») (26 % en 1992-1993 c. 29 % en 1998) (figure 7.1). Cependant, l'analyse de ces résultats selon le sexe fait ressortir que cette diminution de pratique se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 29 % en 1998) (tableau 7.1). Les femmes, pour leur part, ont plutôt fait des gains entre 1992-1993 et 1998, avec une diminution de la fréquence d'une fois par semaine (16 % c. 13 %) au profit des fréquences de deux et trois fois et plus par semaine (35 % c. 38 %).

Variations selon le sexe et l'âge

Des variations importantes apparaissent selon l'âge parmi la population masculine (tableau 7.1). Ainsi, en 1998, les hommes de 15 à 24 ans sont ceux qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir pratiqué ce type d'activité physique de loisir à une fréquence de trois fois et plus par semaine (43 %) au cours d'une période de trois mois, alors que les hommes de 25 à 44 ans sont proportionnellement les moins nombreux (21 %). Environ le quart (26 %) des hommes de 45 à 64 ans et le tiers (33 %) des hommes de 65 ans et plus en font à une fréquence de trois fois et plus par semaine. Ces résultats sont semblables à ceux de 1992-1993, à l'exception des hommes de 65 ans et plus, chez lesquels on semble perdre un peu d'adeptes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Pour les fréquences d'une fois par semaine et de deux fois par semaine, les proportions passent de 14 % chez les 25-44 ans à 9 % chez les 45-64 ans dans le premier cas, alors que cette baisse se produit entre les 45-64 ans et les 65 ans et plus (13 % c. 9 %) dans le deuxième cas. Pour ces deux fréquences, les résultats demeurent comparables à 1992-1993, à l'exception des 45-64 ans, chez lesquels on relève une diminution pour la fréquence d'une fois par semaine (13 % c. 9 %).

Les fréquences inférieures à une fois par semaine connaissent, pour leur part, des variations importantes avec l'âge. Pour les hommes qui ont une pratique occasionnelle (une à trois fois par mois au cours d'une période de trois mois), on observe une diminution à partir du groupe d'âge de 45 ans et plus, et cela, majoritairement au profit de la catégorie « aucune fois ». En effet, la proportion d'hommes qui ne pratiquent jamais ce type d'activité physique de loisir augmente progressivement avec l'âge, passant de 10 % chez les 15-24 ans à 42 % chez les 65 ans et plus. La situation demeure semblable à celle de 1992-1993, à l'exception d'une augmentation de la proportion d'hommes qui ne pratiquent jamais d'activité (« aucune fois ») chez les personnes de 45 à 64 ans (31 % c. 37 %).

L'analyse des résultats, chez les femmes, fait également ressortir des variations importantes selon l'âge quoique assez différentes de celles des hommes pour la fréquence la plus élevée. En effet, les résultats des plus jeunes (15-24 ans) et des plus âgées (65 ans et plus) sont semblables pour la fréquence de trois fois par semaine et plus au cours d'une période de trois mois (26 % et 25 %). Les différences significatives se situent entre les femmes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 44 ans (26 % c. 20 %) ainsi qu'entre celles de 25 à 44 ans et celles de 45 à 64 ans (20 % c. 28 %). Les résultats pour la fréquence de trois fois par semaine et plus sont comparables entre 1998 et 1992-1993.

La pratique de ce type d'activité physique de loisir à la fréquence d'une et de deux fois par semaine diminue avec l'âge. Cette diminution est constante entre les femmes de 15 à 24 ans et celles de 45 à 64 ans dans le cas d'une fois par semaine (19 % c. 10 %), alors qu'elle se situe entre les 15-24 ans et les 65 ans et plus pour la fréquence de deux fois par semaine (19 % c. 8 %), soit une diminution plus précoce dans les deux cas, comparativement aux hommes. La situation en 1998 demeure semblable à celle de 1992-1993 et on relève une seule diminution statistiquement significative, laquelle se situe chez les femmes de 45 à 64 ans, pour la fréquence d'une fois par semaine (15 % c. 10 %). Cependant, cette diminution semble se faire au profit des femmes plus actives (deux et trois fois par semaine et plus), donc vers une amélioration, du moins pour les 25-44 ans et les 45-64 ans.

Pour les fréquences inférieures à une fois par semaine, la pratique occasionnelle (une à trois fois par mois) diminue de manière importante entre les femmes de 25 à 44 ans et celles de 65 ans et plus (26 % c. 15 % c. 9 %). Dans le cas de la fréquence « aucune fois », la proportion de la population féminine augmente graduellement à tous les âges, passant de 12 % parmi les femmes de 15 à 24 ans à 49 % parmi celles de 65 ans et plus, soit environ une femme sur deux. La comparaison avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, pour les fréquences inférieures à une fois par semaine, ne fait ressortir aucune variation statistiquement significative même si la proportion de femmes qui ne s'adonnent aucune fois à ce type d'activité semble augmenter dans le groupe des 65 ans et plus.

Variations selon le sexe

La différence entre les hommes et les femmes, comme le montrent les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (tableau 7.1), se situe majoritairement aux deux extrémités du continuum de pratique. Les jeunes hommes (15-24 ans) ont pratiqué en plus grande proportion que les jeunes femmes ce type d'activité physique de loisir trois fois par semaine et plus (43 % c. 26 %) au cours d'une période de trois mois, ce qui est également le cas chez les 65 ans et plus (33 % c. 25 %). Pour les deux groupes d'âge intermédiaires, les prévalences sont semblables. Ainsi, la différence entre les hommes et les femmes est majoritairement expliquée par la différence chez les plus jeunes (15-24 ans).

Les autres différences entre les hommes et les femmes se situent également chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus. Pour les fréquences une fois par semaine et une à trois fois par mois, chez les 15-24 ans, les prévalences sont plus élevées chez les femmes, soit 19 % c. 13 % et 25 % c. 18 % respectivement. Pour la fréquence « aucune fois » chez les 65 ans et plus, il y a également une proportion plus élevée de femmes (49 % c. 42 %). En ce qui concerne les autres fréquences et les autres groupes d'âge, aucune différence significative entre les deux sexes n'est décelée.

Variations selon la scolarité et le revenu

L'analyse des résultats selon le niveau de scolarité relative (tableau 7.2) montre que la pratique de ce type d'activité physique de loisir et la scolarité sont associées. En effet, pour les fréquences égales ou supérieures à une fois par semaine au cours d'une période de trois mois, la proportion de la population qui se situe dans ces fréquences augmente entre le niveau de scolarité le plus bas et le plus élevé. Le pourcentage passe de 9 % à 15 % pour la fréquence d'une fois par semaine, de 11 % à 17 % pour deux fois par semaine et de 21 % à 32 % pour trois fois par semaine. Dans le cas de la fréquence « aucune fois », le phénomène inverse se produit et on relève une diminution importante et graduelle entre les deux extrêmes du continuum de scolarité (42 % c. 17 %). L'association entre ces deux variables, même si le niveau de scolarité est habituellement présenté en valeur absolue au lieu de relative, est observée dans toutes les enquêtes touchant cette thématique (USDHHS, 1996; Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996).

On observe également un lien avec le niveau de revenu (tableau 7.2). Cependant, cette association n'est pas aussi constante et graduelle, comme dans le cas de la scolarité, pour les fréquences égales et supérieures à une fois par semaine.

Entre les niveaux très pauvre et moyen supérieur, on passe de 9 % à 13 % pour la fréquence d'une fois par semaine et de 10 % à 15 % pour deux fois par semaine. Pour la fréquence de trois fois par semaine, une différence est observée seulement entre les niveaux de revenu moyen inférieur et supérieur (25 % c. 31 %). En ce qui concerne la fréquence « aucune fois », une diminution graduelle est observée entre les niveaux de revenu moyen inférieur et supérieur (31 % c. 19 %).

Tableau 7.2

Fréquence de pratique d'activité physique de loisir[1] selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Trois fois/ semaine et plus	Deux fois/ semaine	Une fois/ semaine	Une à trois fois/mois	Aucune fois
			%		
Scolarité relative					
Plus faible	20,7	11,0	8,9	17,3	42,0
Faible	24,3	12,3	11,5	18,8	33,2
Moyenne	26,8	14,6	12,2	18,7	27,9
Élevée	26,0	14,3	14,2	20,5	25,1
Plus élevée	31,7	16,8	15,0	19,4	17,2
Niveau de revenu					
Très pauvre	28,9	9,9	8,8	15,3	37,1
Pauvre	24,2	11,1	10,8	18,5	35,3
Moyen inférieur	24,5	12,9	12,4	19,0	31,2
Moyen supérieur	25,7	14,9	13,1	19,3	27,0
Supérieur	30,8	17,2	13,0	20,5	18,5

1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

7.2.2. Intention de pratique

En 1998, près de la moitié (46 %) de la population de 15 ans et plus exprime une intention ferme (certainement) envers la pratique régulière d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année (tableau 7.3). Cette proportion est semblable chez les hommes et les femmes (48 % et 45 %). Par ailleurs, la proportion de personnes ayant une intention ferme varie avec l'âge car, entre les 15-24 ans et les 65 ans et plus, elle passe de 63 % à 36 % chez les hommes et de 53 % à 31 % chez les femmes. Les hommes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que les femmes du même âge à exprimer une intention ferme (63 % c. 53 %), mais on ne décèle aucune différence notable entre les sexes, pour les groupes d'âge supérieurs. À l'autre extrémité du continuum d'intention (certainement pas), on retrouve un très faible pourcentage (3,9 %) des 15 ans et plus. Cependant, le groupe des 65 ans et plus se démarque assez clairement des autres groupes d'âge, avec des pourcentages plus élevés, soit 13 % chez les hommes et 16 % chez les femmes.

La comparaison avec les données de 1992-1993 (tableau 7.3) révèle que globalement, chez les 15 ans et plus, il n'y a eu aucun changement aux deux extrémités du continuum d'intention (certainement et certainement pas). Cependant, l'analyse selon l'âge et le sexe fait ressortir une diminution assez importante, entre 1992-1993 et 1998, chez les hommes de 65 ans et plus qui ont une intention ferme (certainement) de pratiquer ce type d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année (45 % c. 36 %). On n'observe aucune variation notable pour les autres groupes d'âge, chez les hommes, ni pour aucun groupe d'âge, chez les femmes. En ce qui concerne les trois autres niveaux d'intention (probablement oui, ni oui, ni non et probablement non), on constate un certain déplacement vers la portion négative du continuum (probablement non) entre 1992-1993 et 1998 (6 % c. 8 %), pour les 15 ans et plus.

Tableau 7.3
Intention de pratique régulière[1] au cours de la prochaine année selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Certainement		Probablement oui		Ni oui, ni non		Probablement non		Certainement pas	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
					%					
Hommes										
15-24 ans	60,4	63,2	25,7	24,8	10,2	7,7	2,8*	3,3*	0,9**	1,0**
25-44 ans	49,1	48,2	31,1	30,7	12,5	12,1	5,4	6,7	1,9*	2,3
45-64 ans	44,3	43,5	29,5	26,8	12,4	13,2	8,8	11,5	5,0	5,0
65 ans et plus	44,5	35,6	21,8	24,2	11,8	14,4	9,8	13,4	12,2	12,5
Total	**49,3**	**48,0**	**28,8**	**27,7**	**12,0**	**11,9**	**6,3**	**8,3**	**3,6**	**4,1**
Femmes										
15-24 ans	50,5	53,1	32,4	32,7	13,8	9,2	2,3*	3,3*	1,1**	0,7**
25-44 ans	43,7	45,6	34,3	34,6	15,2	12,5	5,0	6,4	1,8*	1,0*
45-64 ans	44,7	44,9	30,6	30,9	13,8	11,6	7,1	9,6	3,9	3,0
65 ans et plus	33,7	31,4	26,6	24,2	12,3	12,8	10,6	15,7	16,9	15,9
Total	**43,7**	**44,5**	**31,9**	**31,8**	**14,2**	**11,7**	**5,9**	**8,2**	**4,3**	**3,8**
Sexes réunis										
Total	**46,4**	**46,2**	**30,4**	**29,8**	**13,1**	**11,8**	**6,1**	**8,3**	**4,0**	**3,9**
Pe '000	**...**	**2 685**	**...**	**1 733**	**...**	**689**	**...**	**486**	**...**	**233**

1. Intention de pratique régulière durant les temps libres, 20 à 30 minutes par séance, au cours de la prochaine année.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

7.2.3 Popularité des activités

L'identification des activités qui ont la faveur populaire complète la section sur l'activité physique de loisir. Pour ce faire, les cinq activités le plus souvent rapportées comme ayant été pratiquées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois ont été retenues (tableau 7.4).

La marche demeure le premier choix de la très grande majorité des individus, et cela, autant chez les hommes que chez les femmes. Activité très accessible, la marche domine le « palmarès » depuis la première enquête détaillée sur ce sujet (Comité d'étude sur la condition physique des Québécois [CECPQ], 1974) et il est probable qu'elle conservera ce premier rang dans l'avenir. Cependant, les résultats montrent une diminution de pratique entre 1992-1993 et 1998 pour cette activité, et cela, autant chez les hommes que chez les femmes (données non présentées). Les quatre autres premiers choix des Québécois sont demeurés eux aussi les mêmes qu'en 1992-1993 mais, à l'inverse de la marche, ils ont connu une augmentation de la proportion d'adeptes.

Le tableau 7.4 fait également ressortir que les cinq premiers choix des hommes et des femmes sont les mêmes.

Tableau 7.4
Les cinq activités physiques de loisir les plus populaires[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%		
Hommes		Femmes	
Marche pour fins d'exercice	67,6	Marche pour fins d'exercice	78,8
Baignade	57,3	Baignade	57,8
Randonnée à vélo	51,9	Danse (disco, sociale ou autres)	53,3
Danse (disco, sociale ou autres)	43,3	Jardinage	48,3
Jardinage	41,6	Randonnée à vélo	42,2

1. Activités pratiquées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On retrouve cependant une proportion plus élevée de femmes que d'hommes pour les activités suivantes : marche (79 % c. 68 %), danse (53 % c. 43 %) et jardinage (48 % c. 42 %), et l'inverse pour la randonnée en vélo (42 % c. 52 %). La baignade, quant à elle, attire le même pourcentage de femmes et d'hommes (58 % et 57 %).

Plusieurs autres activités, non identifiées au tableau 7.4, ont un pourcentage d'adeptes appréciable pouvant aller jusqu'à 30 % des personnes de 15 ans et plus. Ce fait, tout comme l'augmentation importante de la popularité du patin à roulettes, sera abordé dans des publications subséquentes. De plus, il est intéressant de constater que trois activités (marche, bicyclette et natation/baignade) faisaient déjà partie des cinq premiers choix de la population lors de l'enquête de 1973 (CECPQ, 1974).

Une autre façon d'examiner la popularité des diverses activités physiques est de vérifier la régularité de pratique de celles-ci. Ce type d'analyse permet de vérifier quelles activités contribuent de manière plus importante à une pratique régulière durant les temps libres. Le tableau 7.5 fournit la liste des cinq premières activités lorsqu'on retient la fréquence de 10 fois et plus sur une période de 12 mois.

Les activités pratiquées plus régulièrement sont majoritairement les mêmes que celles identifiées à une fréquence d'une fois et plus par année. Cependant, les pourcentages d'adeptes diminuent dans tous les cas (tableaux 7.4 et 7.5).

Les cinq activités pratiquées plus régulièrement (tableau 7.5) sont majoritairement les mêmes (quatre sur cinq) pour les hommes et les femmes. En effet, seulement le conditionnement physique individuel et la danse diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les quatre autres activités, la proportion de femmes est plus élevée que celle des hommes, sauf pour la randonnée en vélo, auquel cas on observe l'inverse.

7.2.4 Activité physique de travail

Le tableau 7.6 fait ressortir que près des trois quarts (72 %) de la population de 15 ans et plus, en 1998, se situent aux deux niveaux inférieurs d'exigence physique (niveaux 1 et 2). À l'opposé, plus du quart (28 %) des personnes déclarent effectuer un travail qui comporte des exigences physiques plus élevées (niveaux 3 et 4).

Tableau 7.5
Les cinq activités physiques de loisir pratiquées plus régulièrement[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%		
Hommes		Femmes	
Marche pour fins d'exercice	42,7	Marche pour fins d'exercice	51,7
Baignade	25,2	Baignade	27,2
Randonnée à vélo	24,3	Jardinage	24,5
Jardinage	20,5	Randonnée à vélo	16,8
Conditionnement physique individuel	15,1	Danse (disco, sociale ou autres)	16,7

1. Dix fois et plus au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 7.6

Niveau d'activité physique associée au travail[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Niveau 1 (le moins élevé)		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4 (le plus élevé)	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	1987	1998
	%							
Hommes								
15-24 ans	25,7	23,8	31,3	34,0	22,0	23,9	21,0	18,4
25-44 ans	21,2	21,8	42,5	40,3	17,0	18,6	19,3	19,4
45-64 ans	23,8	22,2	48,3	44,0	16,2	22,5	11,8	11,3
65 ans et plus	26,6	27,8	50,1	44,4	21,3	26,0	2,0**	1,9**
Total	**23,3**	**22,9**	**42,3**	**40,7**	**18,3**	**21,5**	**16,2**	**14,9**
Femmes								
15-24 ans	37,8	27,4	42,7	45,0	18,1	25,0	1,5**	2,6*
25-44 ans	26,0	25,9	56,7	54,5	15,5	16,3	1,9*	3,3
45-64 ans	18,5	20,2	60,7	59,9	19,0	17,5	1,8*	2,4*
65 ans et plus	25,6	25,7	58,9	57,5	14,5	16,4	1,0**	0,4**
Total	**26,4**	**24,5**	**55,2**	**55,0**	**16,8**	**18,1**	**1,7**	**2,5**
Sexes réunis								
Total	**24,9**	**23,7**	**48,9**	**48,0**	**17,5**	**19,8**	**8,7**	**8,6**

1. Niveaux 1 à 4 : augmentation des exigences physiques associées au travail (voir détails à la section sur les aspects méthodologiques [7.1]).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison avec les données de l'enquête *Santé Québec 1987* permet de constater que, dans l'ensemble, les résultats sont similaires. Néanmoins, on relève une augmentation de la proportion de la population au niveau 3 (18 % c. 20 %) entre les deux enquêtes, et ce niveau comporte des exigences physiques assez appréciables. L'analyse des résultats selon le sexe fait ressortir également cette tendance, bien qu'elle ne soit significative, statistiquement, que dans le cas des hommes (18 % c. 22 %). Finalement, en très grande majorité, les personnes dont le travail ou l'occupation principale est physiquement très exigeant (niveau 4) sont des hommes (15 % c. 2,5 %), mais on retrouve, en proportion, autant d'hommes que de femmes au niveau le moins élevé (niveau 1) d'exigence physique (23 % et 25 %).

L'analyse des résultats selon l'âge et le sexe fait ressortir certaines variations. Dans le cas des hommes, la proportion d'individus se situant au niveau le plus faible d'exigence physique (niveau 1) demeure assez stable, quel que soit l'âge. En ce qui concerne les trois autres niveaux, on relève des variations importantes avec l'âge. Le niveau 2 connaît une augmentation de la proportion d'individus entre les 15-24 ans et les 45-64 ans (34 % c. 44 %) et demeure semblable par la suite. Le niveau 3, pour sa part, voit diminuer la proportion d'individus entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (24 % c. 19 %), avant de remonter chez les 65 ans et plus (19 % c. 26 %). Quant au niveau 4, on note une diminution importante de la proportion de la population à partir des 25-44 ans, laquelle se poursuit jusqu'au groupe des 65 ans et plus inclusivement (19 % c. 11 % c. 2 %). La comparaison avec les données de 1987, dans l'ensemble, ne laisse pas entrevoir de variations importantes chez les hommes. Cependant, on observe une tendance à l'augmentation pour le niveau 3, mais cette variation n'est significative, statistiquement, que chez les 45-64 ans (16 % c. 23 %).

On observe aussi, chez les femmes (tableau 7.6), des variations selon l'âge. On remarque une diminution de

la proportion de femmes entre les 15-24 ans et les 45-64 ans (27 % c. 20 %) pour le niveau 1, suivie d'une augmentation (20 % c. 26 %). Le niveau 2 voit la proportion d'individus augmenter entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (45 % c. 55 %) et demeurer stable par la suite. On observe une diminution entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (25 % c. 16 %) pour le niveau 3, mais aucune autre pour les groupes d'âge supérieurs. Finalement, le niveau 4 conserve des pourcentages comparables pour les trois premiers groupes d'âge et diminue par la suite, à l'âge de la retraite (2,4 % c. 0,4 %).

La comparaison avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987*, globalement, ne fait pas ressortir un grand nombre de variations. Néanmoins, on observe une diminution importante de la proportion de femmes au niveau 1 chez les 15-24 ans (38 % c. 27 %). Pour ce même groupe d'âge, une tendance à l'augmentation est relevée pour les niveaux supérieurs, avec une variation significative dans le cas du niveau 3 (18 % c. 25 %). Ainsi, pour les femmes comme pour les hommes, les résultats de 1987 et de 1998 demeurent comparables, à l'exception des femmes de 15 à 24 ans et des hommes de 45 à 64 ans, chez lesquels la proportion de la population dont le travail ou l'occupation principale requiert un certain niveau d'exigence physique a augmenté.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats concernant l'activité physique de loisir font ressortir qu'environ le quart (26 %) des personnes de 15 ans et plus sont suffisamment actives (trois fois par semaine et plus au cours d'une période de trois mois) pour en retirer des bénéfices importants pour leur condition physique et, de manière plus globale, pour leur santé. Cependant, environ cinq personnes sur dix (48 %) ne pratiquent pas ce type d'activité physique de loisir sur une base hebdomadaire, ce qui laisse encore place à des gains substantiels. Cette proportion est d'environ six personnes sur dix (59 %) chez les moins scolarisées.

La comparaison avec les données de 1992-1993 montre une augmentation pour la fréquence « aucune fois », donc une diminution de pratique, laquelle se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 28 %). Ce phénomène de diminution, même s'il peut varier d'un pays à l'autre, ne semble pas exclusif au Québec (Stephens, 1998).

Les résultats selon l'âge et le sexe montrent que la pratique à une fréquence de trois fois et plus par semaine au cours d'une période de trois mois est à son plus bas lorsque les obligations familiales et professionnelles prennent une place prépondérante (25-44 ans), avant de remonter par la suite, plus particulièrement dans le cas des hommes. Cependant, l'augmentation constante avec l'âge de la fréquence « aucune fois » , tant pour les hommes que pour les femmes, laisse entrevoir un abandon progressif pour une partie importante de la population. Également, on observe un certain plafonnement et même une diminution entre 1992-1993 et 1998 de la pratique pour les groupes d'âge supérieurs (45 ans et plus), un phénomène plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

Même si l'intention de pratique à moyen terme (un an) demeure très majoritairement positive (certainement et probablement oui : 76 %), elle a connu un glissement vers la portion négative du continuum entre 1992-1993 et 1998 (probablement non : 6 % c. 8 %). Dans le cas des hommes de 65 ans et plus, c'est même la proportion de ceux ayant une intention ferme (certainement) de pratique qui a diminué de manière assez importante (45 % c. 36 %), ce qui n'augure pas très bien lorsqu'on observe l'évolution du niveau de pratique entre 1992-1993 et 1998 pour ce groupe d'âge. Il serait utile, dans le cas des hommes, d'analyser plus en détail ce phénomène.

Les gains enregistrés par quatre des cinq activités les plus populaires peuvent paraître paradoxaux mais il faut tenir compte du critère retenu, soit une pratique d'au moins une fois sur une période de 12 mois. De plus, la marche, qui est l'activité qui apporte la contribution la plus importante à la pratique régulière d'activité physique durant les temps libres (Nolin,

Prud'homme et Godbout, 1996), a perdu une certaine proportion d'adeptes au cours des dernières années, lorsqu'on compare avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec, 1995). Finalement, les résultats sur l'activité physique de travail indiquent que la très grande majorité (72 %), comme on pouvait s'y attendre, se situe aux deux niveaux inférieurs d'exigence physique. Cependant, plus du quart (28 %) des personnes de 15 ans et plus rapportent encore, en 1998, un volume appréciable d'activité physique au travail, ce qui peut aller à l'encontre de la perception générale. De plus, ces résultats laissent voir une certaine augmentation du pourcentage d'individus dont le travail ou l'activité principale comporte des exigences physiques assez élevées, entre 1987 et 1998, du moins pour les hommes de 45 à 64 ans et les femmes de 15 à 24 ans. La contribution potentielle de l'activité physique de travail au niveau global d'activité physique d'un individu, délaissée durant les dernières décennies, devrait faire l'objet d'études plus approfondies.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats exposés dans le présent chapitre font ressortir l'importance de poursuivre, sinon d'intensifier, les efforts de promotion de la pratique d'activité physique. En effet, même s'ils sont partiels, les indicateurs retenus montrent une diminution de la pratique d'activité physique de loisir entre les deux enquêtes, ce que semblent confirmer les analyses préliminaires d'une enquête plus détaillée sur ce même sujet (Kino-Québec, 2000; Nolin, Prud'homme et Godin, 2001).

Le glissement de l'intention de pratique vers la portion négative du continuum montre que la sensibilisation et l'éducation doivent demeurer une constante lorsqu'on parle de promotion de l'activité physique ou de promotion de la santé dans son ensemble. Les interventions, à ce chapitre, devraient être régulières et assez intensives, et viser certains groupes cibles, sans négliger les actions parallèles touchant l'environnement physique et organisationnel des individus.

Les activités de sensibilisation et d'éducation doivent aussi tenir compte, sans mettre complètement de côté les « modes », de la réalité de ce qu'il est possible et souhaitable de recommander selon le groupe d'âge auquel on s'adresse, tout en tenant également compte des conditions climatiques québécoises très variables d'une saison à l'autre. Concentrer toutes ses énergies à la promotion d'activités physiques extérieures, au Québec, ne serait sûrement pas la solution la plus efficace si on vise un maintien de la pratique tout au long de l'année, ou presque, pour le plus grand nombre possible d'individus.

Finalement, la disponibilité d'infrastructures adéquates (municipales, provinciales, nationales, scolaires, privées) est une condition importante de réussite, même si elle n'est pas la seule, lorsqu'on parle de la promotion de l'activité physique. Ici, nous faisons non seulement référence à l'existence d'installations et d'équipements mais, aussi, aux possibilités d'accès à ces infrastructures (horaires, transport, coûts, sécurité, etc.). La pratique de la marche, à cet égard, est un bon exemple. La disponibilité d'endroits sécuritaires, éclairés, de trottoirs déneigés et déglacés ou l'accès à un espace intérieur peuvent, pour plusieurs personnes, faire la différence entre aller marcher ou ne pas y aller.

Bibliographie

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1998). « The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 30, n° 6, p. 975-991.

AJZEN, I., et M. FISHBEIN (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewook-Cliffs, New-Jersey, Prentice-Hall.

BOUCHARD, C., R. J. SHEPHARD et T. STEPHENS (éd.) (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceeding and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, 1055 p.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA CONDITION PHYSIQUE DES QUÉBÉCOIS (1974). *Le rapport et les recommandations*, Québec, Haut-Commissariat à la jeunesse, aux loisirs et aux sports, 303 p.

DISHMAN, R. K. (1994). « Introduction: Consensus, problems, and prospects » dans DISHMAN, R. K. (éd.), *Advances in Exercise Adherence*, Champaign, Il, Human Kinetics, p. 1-27.

GIONET, N. J., et G. GODIN (1989). « Self-reported exercise behavior of employees: A validity study », *Journal of Occupational Medicine*, n° 31, p. 969-973.

GODIN, G., et G. KOK (1996). « The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behavior », *American Journal of Health Promotion*, vol. 11, n° 2, p. 87-98.

KINO-QUÉBEC (2000). *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

LEVASSEUR, M. (1987). *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, Montréal, Santé Québec, p. 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et G. GODIN (2001). *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Montréal, Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, (à paraître).

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, Monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 337 p.

STEPHENS, T. (1998). « International trends in the prevalence of physical activity and other health determinants », présentation au *congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive* (FIMS) à Orlando (Floride).

U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U. S., Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

VALOIS, P., G. GODIN et R. BERTRAND (1992). « The reliability of contructs derived from atitude-behaviour theories: An application of the generalizability theory in the health sector », *Quality and Quantity*, n° 26 , p. 291-305.

Chapitre 8
Poids corporel

Marielle Ledoux
Département de nutrition
Université de Montréal

Michèle Rivard
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Introduction

Plusieurs études ont démontré l'impact relatif du poids corporel sur le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains types de cancer (Santé et Bien-être social Canada, 1988a; Reeder, 1996; Canadian Heart Health Surveys Research Group [CHHSRG], 1997; Lean et autres, 1999). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport « Obesity: Preventing and managing the global epidemic », fait état de l'évolution pondérale qui suit une courbe ascendante, et ce, dans toutes les régions du monde (OMS, 1998). Dans l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG), on notait que le risque associé à l'excès de poids est de 1,23 pour le diabète, de 1,68 pour l'hypertension et de 1,5 pour le ratio cholestérol total/HDL (Ledoux et autres, 1997). Le niveau de risque augmentait pour tous ces problèmes de santé ou facteurs de risque lorsqu'il y avait aussi présence d'obésité abdominale ou androïde. À l'autre extrême de la courbe de poids, certains problèmes de santé sont associés à la perte de poids, à l'observance de régimes amaigrissants non appropriés et à l'insuffisance de poids, notamment les carences alimentaires, la fatigue chronique, l'hypertension, les troubles du rythme cardiaque, la dépression, la détresse psychologique, l'anémie et la diarrhée (Santé et Bien-être social Canada, 1988b). De plus, un poids insuffisant peut être attribuable à diverses causes, soit qu'il masque un problème de santé sous-jacent (cancer, désordres alimentaires, etc.), soit qu'il est le résultat de certaines habitudes de vie ou de comportements problématiques tels qu'une alimentation insuffisante ou déficiente ou le tabagisme. Bien entendu, certaines personnes ont une physionomie ectomorphe naturelle. Dans le même ordre d'idées, le désir de changer de poids demeure un élément important à étudier dans une population. En effet, même si dans certains cas les motifs invoqués pour désirer une perte ou un gain de poids peuvent être adéquats, ils peuvent aussi s'avérer problématiques, surtout lorsque les modifications désirées sont importantes et qu'un facteur esthétique plutôt que sanitaire est en cause (OMS, 1998; Santé et Bien-être social Canada, 1988a et 1988b).

Même si on accorde de plus en plus d'importance à la distribution de la masse adipeuse, l'indice de masse corporelle (IMC) demeure un indicateur valide pour vérifier l'atteinte d'un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) qui a trait aux problèmes de santé et aux facteurs de risque associés à l'excès de poids comme l'hypertension, l'hyperlipémie, le diabète et des types particuliers de cancer. Enfin, l'analyse de cet indice en fonction des caractéristiques socio-économiques et de certaines habitudes de vie permet de mieux décrire les populations susceptibles de présenter un excès ou une insuffisance de poids, notamment selon les niveaux de scolarité et de revenu et selon certaines habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) (CHHSRG, 1997).

Pour des fins de comparaison avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, l'indice de masse corporelle est d'abord présenté selon trois grandes catégories de poids définies pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus, soit le poids insuffisant, le poids acceptable et l'excès de poids. Suit une description détaillée de chacune de ces catégories de poids (six classes) pour

les personnes de 20 à 64 ans selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques socioéconomiques.

Sont propres à l'*Enquête sociale et de santé 1998* les analyses portant sur le désir de changer de poids selon le sexe et l'âge, de même que selon l'importance du changement désiré et les raisons invoquées pour maigrir. Cette analyse est faite pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus selon les trois grandes catégories de poids. Le désir de changer de poids est aussi présenté plus spécifiquement chez les 20-64 ans selon le sexe et les catégories d'indice de masse corporel. La perception de l'état de santé est analysée chez les 20-64 ans en fonction de l'indice de masse corporelle divisé en six catégories de poids. Les habitudes tabagiques, la pratique d'activités physiques et la présence d'un problème de santé de longue durée sont finalement analysées dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus en fonction des trois grandes catégories de poids corporel.

8.1 Aspects méthodologiques

8.1.1 Indicateurs

Comme dans les enquêtes générales précédentes de Santé Québec, les deux indicateurs de base retenus pour l'analyse des données relatives au poids sont l'indice de masse corporelle (IMC) et le désir de modifier son poids. Ces indicateurs proviennent de la section II - Votre poids du questionnaire autoadministré (QAA), qui contient des questions sur la grandeur (QAA2), sur le poids (QAA3) de même que sur le désir de changer de poids (QAA4), le poids désiré (QAA5) et les raisons invoquées pour changer de poids (QAA6).

L'indice de masse corporelle permet d'évaluer le poids corporel total sans distinguer la masse maigre et la masse adipeuse[1]. Cet indice est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). C'est donc à partir de la grandeur et du poids déclarés par les répondants que l'indice de masse corporelle est calculé. Les seuils retenus ici pour les catégories de poids sont tirés de trois sources : l'OMS (1998), le rapport d'un groupe d'experts des normes pondérales (Santé et Bien-être social Canada, 1988a) et Payette et autres (1994) (schéma 8.1). Ces seuils définis par l'OMS ont été initialement développés pour des individus en bonne santé âgés de 20 à 64 ans qui ne présentent pas de condition physiologique particulière. Ils ne s'appliquent donc pas aux femmes enceintes ou allaitantes. Les femmes enceintes (QAA184), qui représentent environ 1 % de la population totale de 15 ans et plus (2 % de la population féminine), ont donc été exclues de l'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre; l'information sur les femmes allaitantes n'est pas disponible dans la présente enquête. La catégorisation du poids selon l'indice de masse corporelle permet de mieux cerner les populations susceptibles de présenter une insuffisance ou un excès de poids.

Une nouvelle question a été introduite dans la présente enquête afin de mieux documenter le désir de changer de poids de la population. En effet, contrairement à l'enquête de 1992-1993, dans le cadre de laquelle on se limitait à demander le poids corporel souhaité, une question a été ajoutée pour savoir si les gens désiraient ou non changer de poids (QAA4). De la même façon, une série de questions cherchant à déterminer les raisons invoquées pour changer de poids ont été introduites (QAA6a à QAA6f).

---

[1] Le rapport tour de taille/tour de hanche ou le tour de hanche seul doivent être utilisés pour obtenir une estimation de la répartition de la masse graisseuse. Les informations disponibles dans la présente enquête ne permettent pas de faire cette distinction.

Schéma 8.1
Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus, Enquête sociale et de santé 1998

	15-19 ans	20-64 ans	65-80 ans	81 ans et plus
Poids insuffisant	< 19	< 20	< 24	< 24
Poids acceptable	≥ 19 à < 25	≥ 20 à < 27	≥ 24 à < 27	≥ 24 à < 29
Poids santé	...	≥ 20 à < 25	...	...
Début d'excès de poids	...	≥ 25 à < 27	...	...
Excès de poids	≥ 25	≥ 27	≥ 27	≥ 29
Embonpoint	...	≥ 27 à < 30	...	...
Obésité	...	≥ 30 à < 35	...	...
Obésité sévère	...	≥ 35	...	...

Sources : Payette et autres, 1994; Santé et Bien-être social Canada, 1988a; OMS, 1998.

Comme dans les enquêtes précédentes, le désir de changer de poids est estimé à partir du poids désiré et du poids actuel déclaré par le répondant. Un poids actuel supérieur au poids désiré signifie que la personne veut maigrir, alors qu'un poids actuel inférieur au poids désiré manifeste un désir d'engraisser. Le degré de la diminution de poids désirée est établi en calculant le rapport entre le poids actuel déclaré par la personne et le poids désiré. Lorsque le rapport se situe entre 1 et 1,1, la perte de poids désirée est considérée légère – soit inférieure à 10 % du poids actuel – alors qu'un rapport égal ou supérieur à 1,1 indique le désir d'une forte diminution de poids. Lorsque le rapport est plus grand que 0,9 et plus petit que 1, l'augmentation de poids désirée est considérée légère – soit de moins de 10 % du poids actuel – alors qu'un rapport égal ou inférieur à 0,9 est l'indice d'une forte augmentation de poids désirée.

Le degré de diminution et d'augmentation de poids a aussi été calculé à l'aide de l'indice de masse corporelle. Lorsque le calcul selon le poids indique un désir de maigrir, l'indice de masse corporelle désiré est soustrait de l'indice de masse corporelle actuel : une valeur inférieure ou égale à 3 indique qu'une légère diminution de poids est souhaitée, alors qu'elle est qualifiée de forte si cette valeur est supérieure à 3. Lorsque le calcul selon le poids indique un désir de prendre du poids, l'indice de masse corporelle actuel est soustrait de l'indice de masse corporelle désiré : une valeur inférieure ou égale à 3 est qualifiée de légère augmentation souhaitée et on considère comme un désir de forte augmentation une valeur supérieure à 3.

Les indicateurs des caractéristiques socio-économiques utilisés sont la scolarité relative et le niveau de revenu. Les variables sur la perception de la santé (QAA1), les habitudes tabagiques (QAA20 et QAA25) et la fréquence de la pratique d'une activité physique durant les temps libres (QAA12) proviennent toutes du questionnaire autoadministré, tandis que celles décrivant la présence d'un problème de santé de longue durée, soit le cancer, le diabète, l'hypertension et une maladie du cœur, proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI79, QRI81, QRI86 et QRI87). La fréquence de pratique d'une activité physique durant les temps libres a été divisée en trois classes : aucune à trois fois par mois, une à deux fois par semaine et trois fois et plus par semaine.

8.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

L'utilisation dans l'enquête de 1998 de l'indice de masse corporelle comme indicateur principal, tel que cela a été fait lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, permet de suivre l'évolution du poids corporel de la population en fonction de l'âge et du sexe. Pour pouvoir comparer les résultats et évaluer les tendances entre les trois enquêtes, on a calculé l'indice de masse corporelle des données de l'*Enquête Santé Québec 1987* et celui de l'*Enquête sociale et de*

santé 1992-1993 chez les personnes de 65 ans et plus en appliquant les nouveaux seuils proposés par Payette et autres (1994).

Les questions portant sur les préoccupations de la population associées au poids – désir de maintien, de perte ou de gain de poids – ont été améliorées en 1998 par l'introduction d'une question plus précise sur le désir de changer de poids. De ce fait, on ne peut effectuer la comparaison avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* en ce qui concerne le désir de changer de poids. De plus, compte tenu des changements apportés dans la question, on prévoit que les proportions observées dans la présente enquête pour cette variable seront plus proches de la réalité que celles de 1992-1993.

Se sont ajoutées aussi dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* des questions portant sur les motifs invoqués pour désirer changer de poids. En plus de ces changements, de nouvelles variables d'analyse ont été utilisées telles, la présence de certains problèmes de santé chroniques, la perception de l'état de santé, le niveau d'activité physique et le tabagisme. Ces données permettent de mieux orienter les interventions vers les groupes les plus à risque de développer des problèmes de santé liés au poids corporel.

8.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour l'indice de masse corporelle est inférieur à 5 % et il est de l'ordre de 3 % pour le désir de changer de poids. L'analyse de la non-réponse partielle pour l'indice du désir de changer de poids indique que la proportion de non-répondants est semblable chez les hommes et les femmes, alors qu'elle varie peu pour les différents groupes d'âge, allant de 2 % à 5 %. Le taux de non-réponse partielle pour les motifs invoqués pour désirer changer de poids est inférieur à 3 %.

Comme c'était le cas dans les deux enquêtes précédentes, l'indice de masse corporelle ne permet pas de distinguer les personnes qui font de l'embonpoint des personnes à forte musculature et des athlètes qui pratiquent des sports d'endurance.

8.2 Résultats

8.2.1 Indice de masse corporelle

Population de 15 ans et plus

En 1998, près de 60 % des hommes et des femmes se classent dans la catégorie poids acceptable (tableau 8.1). Pour tous les groupes d'âge de moins de 65 ans, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à se situer dans la catégorie poids insuffisant (proportions variant entre 2,4 % et 11 % chez les hommes et entre 6 % et 21 % chez les femmes). Toutefois, pour ces mêmes groupes d'âge, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se situer dans la catégorie excès de poids (proportions variant entre 20 % et 41 % chez les hommes et entre 12 % et 31 % chez les femmes). Chez les hommes comme chez les femmes, on note une proportion significativement plus élevée de personnes se situant dans la catégorie poids insuffisant dans le groupe de 65 ans et plus que dans les autres groupes d'âge (plus de 33 % chez les hommes de 65 ans et plus c. moins de 11 % chez les autres groupes d'âge; plus de 38 % chez les femmes de 65 ans et plus c. moins de 21 % chez les autres groupes d'âge).

Tableau 8.1

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Poids insuffisant		Poids acceptable		Excès de poids	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
			%			
Hommes						
15-19 ans	14,3	11,0	65,5	69,2	20,2	19,9
20-44 ans	5,9	5,6	68,6	64,4	25,5	30,0
45-64 ans	2,4*	2,4*	60,0	56,7	37,6	40,9
65-80 ans	34,7	32,7	34,6	34,2	30,7	33,1
81 ans et plus	47,4	45,4	42,4	47,1	10,2**	7,5**
Total	**8,9**	**8,6**	**62,5**	**59,1**	**28,6**	**32,4**
Femmes						
15-19 ans	20,3	21,2	65,0	66,6	14,7	12,0
20-44 ans	21,0	18,3	64,0	63,1	15,1	18,6
45-64 ans	9,0	6,4	62,8	62,8	28,1	30,8
65-80 ans	41,6	37,7	26,2	27,5	32,2	34,8
81 ans et plus	53,9	44,4	34,3	40,9	11,8**	14,8*
Total	**20,8**	**18,2**	**58,4**	**58,0**	**20,8**	**23,8**
Sexes réunis						
Total	**14,9**	**13,4**	**60,4**	**58,5**	**24,7**	**28,1**
Pe '000	...	**778**	...	**3 374**	...	**1 617**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

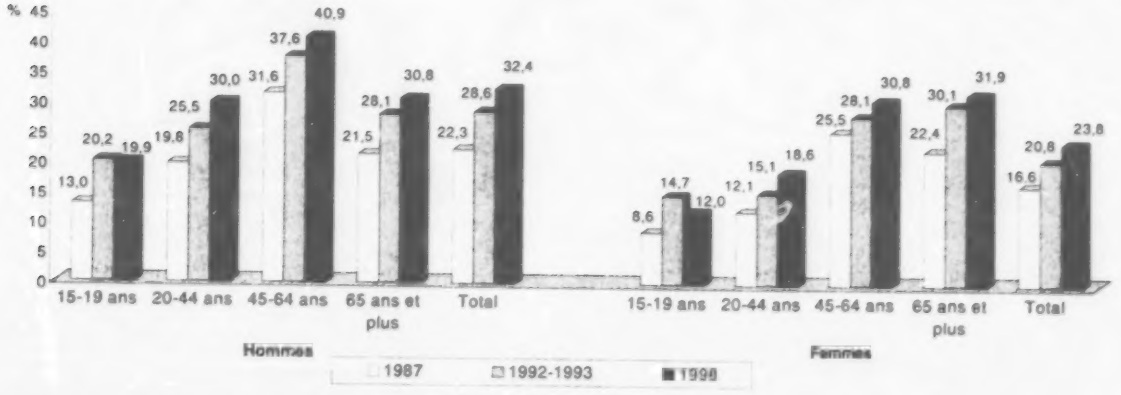
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La proportion de personnes se classant dans la catégorie excès de poids semble progresser depuis l'enquête *Santé Québec 1987* pour tous les groupes d'âge sauf pour celui des 15-19 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (figure 8.1). Par ailleurs, chez les femmes de 15 à 19 ans, la proportion de celles qui se classent dans la catégorie excès de poids a subi une baisse, passant de 15 % en 1992-1993 à 12 % en 1998. Chez les hommes de 15 à 19 ans, la proportion s'est maintenue à 20 % entre les deux enquêtes.

Figure 8.1

Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Population de 20 à 64 ans

Les résultats de l'enquête permettent d'estimer qu'environ la moitié des femmes de 20 à 54 ans se positionnent dans la catégorie poids santé, et ce, peu importe leur âge, alors que cette proportion est d'environ 40 % parmi la population masculine (tableau 8.2). Seuls les hommes de 20 à 24 ans se classent dans la catégorie poids santé dans une proportion se situant au-delà de 50 % (54 %).

Par ailleurs, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes se situe dans la catégorie poids insuffisant (14 % c. 4,4 %) (tableau 8.2). L'insuffisance de poids est cependant associée à l'âge. En effet, la proportion d'hommes et de femmes se situant dans cette catégorie diminue avec l'âge, passant de 10 % à 2,5 % entre les hommes de 20 à 24 ans et ceux de 55 à 64 ans et de 25 % à 5,3 % entre les femmes de 20 à 24 ans et celles de 55 à 64 ans. À l'inverse, proportionnellement plus d'hommes que de femmes se classent dans la grande catégorie excès de poids (34 % c. 24 %), telle que la définit un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 27. La catégorie obésité sévère regroupe environ 3 % de la population, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

L'indice de masse corporelle est également associé à la scolarité relative et au niveau de revenu (tableau 8.3). Ainsi, la proportion de personnes dans la catégorie excès de poids (catégories embonpoint, obésité et obésité sévère réunies) diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente (33 % à 24 %) et la proportion de personnes se situant dans la catégorie poids insuffisant diminue avec l'augmentation du niveau de revenu (13 % à 7 %). Cependant, les résultats de l'enquête n'ont pas permis de mettre en évidence de différences selon le niveau de revenu pour les personnes dans la catégorie excès de poids ni de différences selon la scolarité relative chez celles se classant dans la catégorie poids insuffisant. Ces résultats sont similaires aux résultats obtenus en 1992-1993.

Tableau 8.2
Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids		
		Poids santé	Début d'excès de poids	Embonpoint	Obésité	Obésité sévère
			%			
Hommes						
20-24 ans	9,6*	53,8	18,0	9,2*	8,2*	1,2**
25-34 ans	5,9	43,7	19,9	17,9	10,2	2,4*
35-44 ans	3,9	38,4	24,1	21,7	9,4	2,5*
45-54 ans	2,3*	33,9	23,3	24,0	12,9	3,6*
55-64 ans	2,5**	32,7	23,3	25,5	12,7	3,3*
Total	**4,4**	**39,4**	**22,2**	**20,6**	**10,8**	**2,7**
Femmes						
20-24 ans	25,0	53,1	9,5*	6,0*	4,3**	2,1**
25-34 ans	20,4	51,9	10,0	8,0	7,3	2,3
35-44 ans	14,5	53,0	11,2	10,3	7,9	3,2*
45-54 ans	7,2	50,0	14,2	15,6	9,7	3,4*
55-64 ans	5,3*	42,7	18,1	17,0	11,9	5,0*
Total	**13,5**	**50,4**	**12,6**	**11,8**	**8,5**	**3,2**
Sexes réunis						
Total	**8,9**	**44,8**	**17,5**	**16,3**	**9,7**	**3,0**
Pe '000	**395**	**1 993**	**773**	**719**	**427**	**131**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 8.3
Indice de masse corporelle selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids		
		Poids santé	Début d'excès de poids	Embonpoint	Obésité	Obésité sévère
			%			
Scolarité relative						
Plus faible	9,3	41,6	16,5	16,0	12,3	4,3
Faible	9,1	43,3	17,6	15,8	10,5	3,7
Moyenne	9,5	45,4	17,8	15,9	8,6	2,8*
Élevée	8,1	43,1	17,9	19,1	9,5	2,4*
Plus élevée	8,5	50,2	17,7	14,4	7,7	1,6*
Niveau de revenu						
Très pauvre	12,9	43,0	14,0	14,3	10,8	5,0*
Pauvre	12,5	40,5	15,7	16,3	10,5	4,5*
Moyen inférieur	8,6	45,9	17,1	15,4	10,1	3,0
Moyen supérieur	8,1	44,9	17,9	16,9	9,5	2,7**
Supérieur	7,2	45,9	20,1	17,4	7,8	1,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

8.2.2 Désir de changer de poids

Population de 15 ans et plus

Les hommes sont généralement plus satisfaits de leur poids que les femmes puisque 58 % d'entre eux expriment le désir de maintenir leur poids actuel alors que seulement 44 % des femmes manifestent le même souhait (tableau 8.4). Cette proportion passe à près de 80 % chez les personnes de 81 ans et plus, et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Ce sont principalement les hommes plus jeunes, soit ceux de 15 à 24 ans (entre 18 % et 20 %) et, dans une moindre mesure, ceux de 25 à 34 ans (11 %), qui expriment le désir de prendre du poids. La proportion de femmes qui manifestent le désir de prendre du poids semble peu élevée (2,5 %), et ce, pour tous les groupes d'âge. En ce qui concerne le désir de perdre du poids, chez les femmes, peu importe l'âge, la proportion est d'au moins 50 % sauf pour celles de 65 ans et plus, chez qui il y a une légère diminution. Au total, environ la moitié des femmes désirent perdre du poids (53 %) comparativement à environ le tiers des hommes (34 %).

Tableau 8.4
Désir de changer de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Maintien	Diminution	Augmentation
		%	
Hommes			
15-19 ans	66,8	14,9	18,3
20-24 ans	54,6	25,3	20,1
25-34 ans	56,0	33,5	10,5
35-44 ans	57,7	37,6	4,7
45-54 ans	52,7	44,9	2,4*
55-64 ans	58,9	38,7	2,4**
65-80 ans	65,4	32,1	2,6**
81 ans et plus	79,9	14,3**	5,8**
Total	**58,3**	**34,3**	**7,4**
Femmes			
15-19 ans	43,0	54,6	2,5**
20-24 ans	39,7	58,9	1,4**
25-34 ans	39,3	57,0	3,6*
35-44 ans	43,3	54,5	2,2*
45-54 ans	42,2	55,8	2,1*
55-64 ans	43,8	54,2	2,0**
65-80 ans	51,5	45,2	3,3*
81 ans et plus	80,3	17,4*	2,4**
Total	**44,2**	**53,3**	**2,5**
Sexes réunis			
Total	**51,2**	**43,9**	**4,9**
Pe '000	**2 955**	**2 529**	**284**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Population de 20 à 64 ans

Environ 80 % des hommes et 52 % des femmes qui se classent dans la catégorie poids santé désirent maintenir leur poids (tableau 8.5). Par ailleurs, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes dans cette même catégorie de poids désire diminuer son poids (47 % c. 10 %). Quoique cette variable ait été analysée en 1992-1993, elle ne peut être comparée aux résultats de la présente enquête étant donné que la question a été modifiée entre les enquêtes.

Parmi les personnes se classant dans la catégorie poids insuffisant, 60 % des hommes et 76 % des femmes désirent maintenir leur poids, 39 % des hommes et 15 % des femmes souhaitent prendre du poids tandis que 1,6 % des hommes et 9 % des femmes désirent une perte de poids. Enfin, c'est lorsqu'il se classent dans une catégorie de poids supérieure à celle du poids santé que la proportion d'hommes et de femmes qui désirent perdre du poids est la plus élevée (proportions variant entre 38 % et 86 % c. 10 % chez les hommes et variant entre 79 % et 93 % c. 47 % chez les femmes). Au total, 56 % des femmes désirent perdre du poids tandis que 37 % des hommes le souhaitent.

Tableau 8.5
Désir de changer de poids selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Maintien	Diminution	Augmentation
		%	
Hommes			
Poids insuffisant	59,6	1,6**	38,8
Poids acceptable			
Poids santé	79,5	9,5	11,1
Début d'excès de poids	59,7	38,2	2,1*
Excès de poids			
Embonpoint	33,9	65,4	0,7**
Obésité	15,9	83,0	1,1**
Obésité sévère	13,6*	86,4	–
Total	**56,1**	**37,1**	**6,8**
Femmes			
Poids insuffisant	75,8	8,9	15,4
Poids acceptable			
Poids santé	52,2	47,2	0,6**
Début d'excès de poids	21,3	78,7	–
Excès de poids			
Embonpoint	11,3	88,7	–
Obésité	12,0*	88,0	–
Obésité sévère	7,2**	92,8	–
Total	**41,8**	**55,9**	**2,4**
Sexes réunis			
Total	**49,1**	**46,3**	**4,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

8.2.3 Degré de changement de poids désiré et raisons invoquées pour maigrir – population de 15 ans et plus

Parmi les hommes et les femmes dans la catégorie poids acceptable qui désirent perdre du poids, une plus grande proportion de personnes souhaite une diminution légère (selon le rapport entre le poids actuel et le poids désiré) plutôt qu'une diminution plus importante (78 % et 53 % c. 23 % et 47 %) (tableau 8.6). Les hommes comme les femmes désirent une perte de poids plus marquée lorsqu'ils se situent dans la catégorie excès de poids (68 % et 90 % respectivement, selon le rapport des poids). Par contre, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à désirer un important gain de poids, et ce, surtout lorsqu'ils se classent dans la catégorie poids insuffisant (46 % c. 14 %). Parmi les femmes désirant prendre du poids, la proportion de celles souhaitant un gain de poids léger n'est pas significativement différente selon la catégorie de poids dans laquelle elles se classent, et ce, même dans celle d'insuffisance de poids (86 %, 81 % et 100 %).

Les raisons invoquées pour maigrir parmi l'ensemble des personnes désirant perdre du poids sont principalement « pour être en meilleure santé » ou « pour améliorer l'apparence », et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 8.7). Ces deux raisons sont mentionnées dans des proportions comparables chez les hommes, indépendamment de leur catégorie de poids (59 % à 80 % pour l'apparence c. 64 % à 85 % pour la santé), alors que l'apparence est une raison plus souvent identifiée que la santé chez les femmes (82 % à 91 % pour l'apparence c. 44 % à 82 % pour la santé). Ensuite, viennent diverses raisons d'ordre médical, par exemple les problèmes de cholestérol, d'hypertension ou de diabète.

Tableau 8.6
Degré de diminution ou d'augmentation du poids désirée selon le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus désirant un changement de poids, Québec, 1998

	Degré de diminution				Degré d'augmentation			
	Selon le poids		Selon l'IMC		Selon le poids		Selon l'IMC	
	Légère	Forte	Légère	Forte	Légère	Forte	Légère	Forte
	%							
Hommes								
Poids insuffisant	60,9*	39,1**	75,4	24,6	18,9*	81,1	54,5	45,5
Poids acceptable	77,5	22,5	90,3	9,7	56,7	43,3	73,9	26,1
Excès de poids	32,2	67,8	42,0	58,0	63,4*	36,7**	61,2**	38,9**
Total	**47,4**	**52,6**	**58,2**	**41,8**	**46,4**	**53,6**	**68,1**	**31,9**
Femmes								
Poids insuffisant	75,9	24,2*	96,0	4,0	56,9	43,1	85,7	14,3*
Poids acceptable	53,3	46,7	75,5	24,5	62,7*	37,3**	80,9	19,1**
Excès de poids	10,1	89,9	15,3	84,7	100,0	–	100,0	
Total	**37,6**	**62,4**	**53,3**	**46,7**	**57,6**	**42,4**	**85,2**	**14,8**
Sexes réunis								
Total	**41,4**	**58,6**	**55,2**	**44,8**	**49,3**	**50,7**	**72,6**	**27,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.7

Raisons invoquées pour maigrir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus désirant une diminution de poids, Québec, 1998

	Être en meilleure santé	Traiter problème d'hypertension	Traiter problème de cholestérol	Traiter problème de diabète	Améliorer l'apparence	Autre
			%			
Hommes						
Poids insuffisant	64,3*	64,5*	51,6**	17,2**	58,6*	23,1**
Poids acceptable	78,5	11,1	16,4	4,0	76,6	13,6
Excès de poids	85,3	18,6	22,9	8,1	80,0	12,0
Total	**82,9**	**16,5**	**21,0**	**6,9**	**78,7**	**12,6**
Femmes						
Poids insuffisant	44,0	18,4	12,5	4,6**	82,0	17,8
Poids acceptable	59,1	7,4	8,4	1,9	91,0	11,9
Excès de poids	81,5	21,5	17,3	8,5	87,8	14,7
Total	**67,1**	**13,1**	**11,9**	**4,5**	**89,4**	**13,2**
Sexe réunis						
Total	**73,2**	**14,4**	**15,4**	**5,4**	**85,3**	**13,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

8.2.4 Variations selon la perception de l'état de santé – population de 20 à 64 ans

Globalement, l'indice de masse corporelle est associé à la perception de l'état de santé. La proportion d'hommes qui qualifient leur état de santé d'excellent tend à être plus importante lorsqu'ils se classent dans les catégories poids santé ou début d'excès de poids que lorsqu'ils se situent dans celle d'excès de poids (22 % et 24 % c. 11 % à 18 %) (tableau 8.8). Chez les femmes, celles qui se situent dans les catégories poids insuffisant et poids santé sont proportionnellement plus nombreuses que celles se situant dans les catégories début d'excès de poids ou excès de poids à percevoir leur santé comme excellente (de 21 % et 24 % c. 7 % à 14 %).

8.2.5 Variations selon certaines habitudes de vie et la présence de problèmes de santé de longue durée – population de 15 ans et plus

L'indice de masse corporelle semble aussi être associé à l'usage du tabac et à la pratique d'activités physiques durant les temps libres. En ce qui concerne l'usage du tabac, les hommes et les femmes se situant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement plus nombreux que les personnes dans celle du poids acceptable à être d'anciens fumeurs (42 % c. 33 % chez les hommes; 35 % c. 31 % chez les femmes) (tableau 8.9). Par ailleurs, les hommes et les femmes dans la catégorie poids acceptable sont, en proportion, plus nombreux que les personnes dans la catégorie excès de poids à être des fumeurs réguliers (34 % c. 27 % chez les hommes; 30 % c. 23 % chez les femmes). La proportion de fumeuses régulières est plus importante chez les femmes se situant dans la catégorie poids insuffisant que chez celles se situant dans les catégories poids acceptable ou excès de poids (34 % c. 30 % et 23 %).

Tableau 8.8
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
		%		
Hommes				
Poids insuffisant	13,9*	35,3	37,6	13,2*
Poids acceptable				
Poids santé	23,5	39,1	30,1	7,3
Début d'excès de poids	22,0	40,8	29,6	7,6
Excès de poids				
Embonpoint	17,6	37,6	36,5	8,3
Obésité	10,8	33,5	41,9	13,8
Obésité sévère	11,5**	25,1*	37,5	25,9*
Femmes				
Poids insuffisant	23,8	33,2	34,4	8,6
Poids acceptable				
Poids santé	20,9	41,0	31,5	6,6
Début d'excès de poids	14,3	38,1	38,0	9,5
Excès de poids				9,5
Embonpoint	12,5	36,9	35,3	15,3
Obésité	6,8*	32,0	44,3	16,9
Obésité sévère	6,6**	32,1	35,4	25,9*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 8.9
Type de fumeurs selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier
		%		
Hommes				
Poids insuffisant	27,2	34,5	2,1**	36,2
Poids acceptable	28,7	33,3	4,2	33,9
Excès de poids	28,0	42,4	2,8	26,8
Femmes				
Poids insuffisant	34,3	27,3	4,0*	34,4
Poids acceptable	35,7	30,6	3,4	30,3
Excès de poids	38,4	35,2	3,0*	23,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Relativement à la pratique d'activités physiques durant les temps libres, les hommes et les femmes se situant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement plus nombreux à présenter un niveau faible de pratique d'activités physiques de loisir (trois fois ou moins par mois) que les personnes dans la catégorie poids acceptable (53 % c. 43 % chez les hommes; 58 % c. 46 % chez les femmes) (tableau 8.10).

Tableau 8.10
Fréquence des activités physiques de loisir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune à trois fois/mois	Une ou deux fois/semaine	Trois fois/ semaine et plus
		%	
Hommes			
Poids insuffisant	46,2	23,9	29,9
Poids acceptable	43,0	27,1	30,0
Excès de poids	53,0	23,5	23,5
Femmes			
Poids insuffisant	49,7	26,0	24,3
Poids acceptable	45,5	28,2	26,3
Excès de poids	57,5	23,0	19,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enfin, chez les hommes comme chez les femmes, les résultats observés ne permettent pas de mettre en évidence une association entre la présence d'un problème de santé de longue durée et le poids corporel, sauf pour le diabète, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 8.11).

Tableau 8.11
Indice de masse corporelle selon le sexe et la présence d'un problème de santé de longue durée, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids santé	Excès de poids
		%	
Hommes			
Cancer	27,8*	49,2	23,1**
Diabète	10,7*	38,7	50,7
Hypertension	13,5	34,9	51,6
Maladie du cœur	15,5	42,0	42,5
Femmes			
Cancer	18,4*	54,5	27,1*
Diabète	12,1*	31,7	56,2
Hypertension	17,0	39,7	43,3
Maladie du cœur	24,5	38,8	36,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

En 1998, près de 60 % de la population québécoise se situe dans la catégorie poids acceptable. Environ un homme sur trois (32 %) et une femme sur quatre (24 %) se classent dans celle de l'excès de poids, alors que près de 10 % des hommes et 20 % des femmes se retrouvent dans celle du poids insuffisant.

Dans l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG, 1997), l'indice de masse corporelle (IMC) moyen de la population était de 25,4. Quoique l'IMC moyen de la population québécoise estimé dans la présente enquête soit légèrement inférieur (25,0), il demeure préoccupant. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (1998) considère qu'un IMC moyen de 23 est optimal pour une population. De plus, Rose (OMS, 1998) a démontré qu'une hausse d'une unité de l'IMC au-delà de 23 se solde par une augmentation de prévalence de l'obésité de 4,7 % dans la population. Cette information devrait donc être retenue comme indicateur lors du suivi de l'état de santé de la population québécoise.

La comparaison des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* avec ceux des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993 indique une augmentation constante de la proportion de Québécoises et de Québécois se classant dans la catégorie excès de poids. Cependant, l'augmentation ne s'applique pas à

tous les groupes d'âge et particulièrement pas aux plus jeunes (15-19 ans), chez qui les proportions sont comparables entre 1992-1993 et 1998.

Cette tendance à l'augmentation de poids semble un phénomène international, comme en fait foi le dernier rapport de l'OMS (1998). La diminution de l'activité physique tant au travail que dans les moments de loisir est un fait de l'industrialisation qui explique partiellement cette tendance. Il faut aussi noter que l'enquête actuelle ne permettait pas de connaître la distribution de la masse graisseuse, un élément qu'il serait bon de considérer dans les enquêtes futures compte tenu de l'importance de ce facteur dans l'estimation des risques pour la santé (CHHSRG, 1997).

Parmi la population de 20 à 64 ans, le poids corporel est associé à l'âge et au sexe ainsi qu'à des caractéristiques socioéconomiques. Ainsi, globalement, les personnes les plus jeunes ainsi que les femmes sont moins nombreuses à se classer dans la catégorie excès de poids comparativement aux personnes de 45 ans et plus et aux hommes. À l'inverse, les plus jeunes et les femmes sont proportionnellement plus nombreux à se classer dans la catégorie poids insuffisant que les personnes plus âgées et les hommes. Par ailleurs, les résultats permettent de constater une association entre l'indice de masse corporelle et le niveau de scolarité et de revenu. Ainsi, les personnes les plus scolarisées sont proportionnellement moins nombreuses à se classer dans la catégorie excès de poids que celles qui sont les moins scolarisées, alors que la proportion de personnes se classant dans la catégorie poids insuffisant diminue lorsque le niveau de revenu augmente.

De manière générale, l'indice de masse corporelle est associé à la perception de l'état de santé, à l'usage du tabac et à la pratique d'activités physiques durant les temps libres. Ainsi, globalement, les personnes se situant dans la catégorie poids acceptable ou poids insuffisant sont proportionnellement plus nombreuses à évaluer leur état de santé comme excellent, à fumer régulièrement et à présenter un niveau plus élevé de pratique d'activités physiques de loisir que les personnes se situant dans la catégorie excès de poids.

Au total, la moitié des femmes et le tiers des hommes désirent perdre du poids, mais la perte de poids désirée est plus souvent légère que forte sauf en présence d'excès de poids. Plus de la moitié des hommes et des femmes se situant dans la catégorie poids santé désirent le maintenir. Ces résultats ne peuvent être comparés à ceux obtenus en 1992-1993 mais sont susceptibles de mieux identifier le désir de changer de poids que lors de l'enquête précédente, compte tenu de l'introduction d'une question plus précise dans l'enquête.

Deux éléments ressortent de l'analyse des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sur le poids corporel. En premier lieu, la courbe ascendante observée dans l'évolution pondérale de la population dans toutes les régions du monde par l'OMS s'applique aussi à la population québécoise. Cependant, le phénomène nord-américain de gain de poids pourrait être moins marqué au Québec, plus particulièrement parmi les personnes de 15 à 19 ans.

Il est intéressant de constater que la proportion de personnes désirant perdre du poids, surtout lorsqu'elles font partie de la catégorie poids acceptable, est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cependant, la perte de poids désirée est plutôt légère, pour les hommes comme pour les femmes de toutes les catégories d'âge et de poids. Les raisons invoquées pour vouloir perdre du poids sont semblables à celles documentées par l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG, 1997), soit prioritairement des raisons de santé suivies par des raisons d'ordre esthétique chez les hommes et l'inverse chez les femmes, sans pour autant que la différence entre ces deux motifs soit significative. Les motifs reliés à des problèmes de santé, tels des problèmes cardiaques, l'hypertension et le diabète, viennent loin derrière.

On devrait développer des indicateurs plus performants que l'indice de masse corporelle pour mieux suivre l'évolution du poids corporel de manière à établir des mesures visant à contrer les limites actuelles de ces données et permettre l'implantation

d'un système de surveillance de l'évolution pondérale de la population québécoise, en ce qui a trait autant à l'excès de poids qu'à l'insuffisance de poids. On devrait aussi considérer les raisons invoquées pour désirer changer de poids afin d'être en mesure de suivre les tendances relatives aux attitudes face au poids corporel.

Éléments de réflexion pour la planification

Entre les enquêtes générales de 1992-1993 et de 1998, on observe une augmentation de la population présentant un excès de poids. Cette hausse demeure préoccupante. L'obésité étant entre autres associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires, il est essentiel que des actions soient immédiatement entreprises pour arrêter la progression de ce problème de santé et pour mieux le comprendre. Le gain de poids graduel de la population québécoise indique l'insuffisance et le peu de spécificité des programmes mis en place pour contrer ce problème.

Il serait important de valider de nouveaux indicateurs ou de déterminer des points limites d'indicateurs existants, plus précisément associés à la notion de graisse viscérale (obésité abdominale), qui pourraient être utilisés dans des enquêtes par questionnaire autoadministré ou pour un suivi plus adéquat de la population de tous les groupes d'âge. Un plan d'action intégré favorisant l'étude approfondie des données actuellement disponibles et la mise en commun des ressources (chercheurs, références, données, budgets) permettrait de mieux comprendre les déterminants de l'attitude de la population face au poids corporel ainsi que les effets pervers liés aux messages sur le contrôle du poids. Enfin, il faudrait s'attarder à mieux décrire ce phénomène dans la population mais aussi à le mettre en parallèle avec d'autres éléments, tels les habitudes d'activité physique et d'alimentation de même que le tabagisme et le niveau socioéconomique, pour cibler les groupes les plus à risque et améliorer l'intervention.

Bibliographie

CANADIAN HEART HEALTH SURVEYS RESEARCH GROUP (1997). « Obesity: A risk factor for cardiovascular disease: The Canadian Heart Health Surveys », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), 53 p.

HEYWARD, V. H., et L. M. STOLARCZYK (1996). *Applied body composition assessment*, Human Kinetics Publishers Inc, Champaign, Illinois, 222 p.

MEJ, L., T. S. HAN et J. C. SEIDELL (1999). « Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity », *Arch Intern Med*, vol. 159, p. 837-843.

LEDOUX, M., J. LAMBERT, B. A. REEDER et J. P. DESPRÉS (1997). « Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), p. S46-S53.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). « Obesity: Preventing and managing the global epidemic », *Report of a WHO Consultation on Obesity*, Genève, 1998.

PAYETTE, H., R. CYR et D. K. GRAY (1994). *Évaluation de l'efficacité d'un questionnaire pour dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées bénéficiaires des services d'aide à domicile*, Rapport de recherche, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Sherbrooke.

PI-SUNYER, F. X. (1991). « Health implications of obesity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 53, p. 1595S-1603S.

REEDER, B. A. (1996). « The public health implications of obesity in Canada » dans ANDERSON, A., et autres (éd.), *Progress in Obesity Research*: 7, London, John Libbey, p. 581-585.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988a). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, Ottawa, 135 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988b). *Le poids et la santé*, Document de travail, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 68 p.

THERRIEN, L. (1995). « Poids corporel » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 109-123.

Chapitre 9

Comportements sexuels et utilisation du condom

Alix Adrien
Viviane Leaune
Danielle Auger
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a innové en incluant pour la première fois des questions sur la sexualité qui examinent certains aspects des comportements sexuels tels que l'âge à la première relation, le nombre et le type de partenaires, l'utilisation du condom et le fait d'avoir été traité pour une maladie transmissible sexuellement (MTS). Santé Québec suit les orientations de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) qui visent, entre autres, à améliorer les connaissances sur les comportements sexuels. Inclure ces questions, en particulier celles sur l'utilisation du condom et la déclaration d'un antécédent de MTS, répond également aux préoccupations exprimées dans le document *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, qui propose notamment la mise sur pied de programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. Pour ce faire, on y mentionne également l'importance de mener des recherches afin de mieux comprendre l'influence de certains déterminants sur les comportements sexuels (MSSS, 1999). L'enquête de 1998 effectue un pas dans ce sens.

Au Québec, au 31 décembre 1996, on estimait qu'environ 13 494 adultes vivants âgés de 15 ans et plus étaient infectés par le VIH (Remis, 1998). Au 31 décembre 1999, 5 565 cas de sida ont été déclarés (MSSS, 1999). Dans la très grande majorité des cas, le VIH a été transmis lors de relations sexuelles (relations homosexuelles et hétérosexuelles). Quant aux MTS à déclaration obligatoire, dans 75,6 % des cas déclarés entre 1993 et 1997, il s'agit de chlamydiose génitale, dont l'incidence s'élevait en 1995 à 96,1 par 100 000 pour l'ensemble du Québec (Parent et Alary, 1999). La chlamydiose génitale, comme certaines autres MTS, est étroitement reliée au risque d'infertilité chez les femmes. De plus, la déclaration d'un antécédent de MTS est considérée comme un bon indicateur de comportement à risque pour la transmission du VIH et permet d'identifier des sous-groupes plus vulnérables à l'infection VIH dans la population générale (Warszawski et Meyer, 1998).

Pour comprendre l'évolution et l'impact du VIH/sida au sein de la population québécoise, on ne peut se contenter des résultats de la surveillance épidémiologique, c'est-à-dire d'études de prévalence et d'incidence des infections transmissibles sexuellement, du sida ou du VIH. Il faut travailler en amont de ces infections et mieux connaître et comprendre les comportements qui en favorisent l'acquisition. La surveillance comportementale permet d'apporter un éclairage sur l'évolution de certains phénomènes à l'égard desquels des efforts de prévention devraient être entrepris. Les connaissances acquises peuvent guider l'intervention quant aux sous-groupes de la population plus particulièrement exposés à un risque et quant aux impacts positifs ou négatifs des mesures préventives mises de l'avant (Dubois-Arber, 1994). Cet exercice permet également de guider les enquêtes à réaliser pour combler les lacunes décelées ou éclaircir les incohérences révélées.

De fait, depuis l'apparition de l'épidémie du sida, un nombre de plus en plus important d'études se sont penchées sur les comportements sexuels et de protection contre les MTS et le sida. Un des principaux

objectifs de ces études était une meilleure compréhension de ces comportements afin d'élaborer des programmes de prévention mieux adaptés aux besoins des populations étudiées. Ainsi, en 1991, Santé Québec a réalisé une enquête sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS, auprès de jeunes adultes québécois âgés entre 15 et 29 ans (Santé Québec, 1992). Des populations d'étudiants ont aussi fait l'objet d'études particulières (Lévy et autres, 1994; Samson et autres, 1993). D'autres études se sont intéressées uniquement aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (Myers, 1995; 1996) et, plus récemment, aux utilisateurs de drogues injectables (Poulin et Alary, 1999; Bruneau et autres, 1997).

Les études auprès de la population générale, majoritairement hétérosexuelle, sont encore peu nombreuses, particulièrement au Canada et au Québec. La première étude réalisée dans la population générale québécoise a été effectuée en 1996 (Adrien et autres, 1998b; Leaune et Adrien, 1998). Elle a permis d'obtenir des informations sur les comportements sexuels et de protection reliés au VIH/sida des Québécois et d'identifier des sous-groupes plus à risque au sein de cette population, et ce, non seulement chez les personnes homosexuelles ou bisexuelles, mais aussi chez les individus hétérosexuels. La recherche tend à montrer que certaines caractéristiques des rapports sexuels — et notamment celles qui peuvent être associées à la transmission des MTS et du VIH — varient selon les types de relation entre les partenaires. Ainsi, l'étude, réalisée auprès de la population générale du Québec, tout en confirmant que l'utilisation du condom est plus élevée avec un partenaire occasionnel, a montré que le fait d'habiter ou non avec un partenaire régulier influence le choix des stratégies de prévention avec celui-ci (Leaune et Adrien, 1998). D'autres recherches ont révélé qu'à la suite d'une séparation ou d'un divorce, les personnes ont plus de comportements sexuels à risque pour les MTS et le VIH (Bajos et autres, 1997; Bastard et Cardia-Vonèche, 1995; Dedobbeleer et Morissette, 1999).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de poursuivre la surveillance comportementale dans la population générale québécoise avec un regard plus approfondi sur les personnes hétérosexuelles. L'objectif du présent chapitre est de décrire certains aspects des comportements sexuels reliés au risque de transmission de MTS et du VIH dans la population hétérosexuelle de 15 ans et plus du Québec. Dans le cadre du présent chapitre, la plupart des analyses portent sur les personnes qui ont déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration, du fait que celles qui n'ont jamais eu de relations sexuelles avec pénétration ont généralement été beaucoup moins exposées au risque d'infection par voie sexuelle au VIH ou à d'autres MTS. Dans un premier temps, le chapitre présente l'activité sexuelle de la population générale de 15 ans et plus, sans égard à l'orientation sexuelle, pour ce qui est de l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration. Dans un deuxième temps, mais cette fois-ci uniquement chez la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, il décrit les autres variables à l'étude, soit le nombre et le type de partenaires au cours d'une période de 12 mois, l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle, le comportement sexuel à risque chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire ainsi que le fait d'avoir été traité pour une MTS. Le cas particulier des personnes séparées ou divorcées présente un intérêt spécial du fait que le temps de séparation serait un facteur déterminant du nombre de partenaires sexuels chez ceux et celles qui sont à la recherche d'un nouveau partenaire. Comme le temps écoulé depuis la séparation chez les personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants âgés de moins de 18 ans est une donnée disponible dans l'enquête, ce sous-groupe fait l'objet d'une attention particulière dans l'analyse du nombre des partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois.

Les résultats pour les personnes qui se déclarent homosexuelles ou bisexuelles sont présentés dans le chapitre 10, qui porte sur l'orientation sexuelle. Des comparaisons entre les personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles par rapport à certains

comportements liés à la santé, au bien-être et à la sexualité sont exposés dans cet autre chapitre.

9.1 Aspects méthodologiques

9.1.1 Indicateurs

Les questions qui font l'objet du présent chapitre proviennent de la section XVI du QAA portant sur la sexualité.

La section commence avec le préambule suivant qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus : « Les prochaines questions sont délicates et parfois intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité ». La première question « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles? » (QAA203) sert d'introduction à la section. Si la réponse est « oui », la personne poursuit en répondant aux deux questions suivantes : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce toujours avec une personne de l'autre sexe? Toujours avec une personne du même sexe? Plus souvent avec une personne de l'autre sexe? Plus souvent avec une personne du même sexe? Aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? » (QAA204) et « Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec pénétration? » (QAA205). Ces deux questions servent à définir la population de référence pour la plupart des analyses du présent chapitre. En fait, cette population est constituée des personnes âgées de 15 ans et plus dites hétérosexuelles qui ont répondu toujours avoir des relations sexuelles avec une personne de l'autre sexe (QAA204) et celles qui ont répondu avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration (QAA205). Il est à noter qu'aucune précision quant à la nature de la pénétration (orale, vaginale ou anale) n'a été demandée à la question 205. Les questions 204 et 205 s'inspirent de celles utilisées dans l'*Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991* (Santé Québec, 1992).

La question « À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle avec pénétration? » (QAA206) s'inspire d'une question employée dans l'étude de Leaune et Adrien (1998). Il est important de noter que le numérateur pour cette variable est composé des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, et ce, indépendamment de leur orientation sexuelle. Toutefois, le dénominateur est composé de la population totale de 15 ans et plus.

Les questions 207 à 219 du QAA portent sur le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s), l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle ainsi que la fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois. Ces questions s'inspirent de celles utilisées dans l'étude de Leaune et Adrien (1998).

La question « Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration? » (QAA207) renseigne sur le nombre de partenaires. Les personnes qui n'ont déclaré aucun partenaire sont acheminées à la question 220 du QAA (les détails de cette dernière question sont présentés plus loin). Les autres sont classées en deux groupes : celles qui ont déclaré avoir eu un seul partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et celles qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

La question « Ce/cette partenaire était-il/elle un/e partenaire régulier/ère avec lequel/laquelle vous viviez? Un/e partenaire régulier/ère avec lequel/laquelle vous ne viviez pas? Un/e partenaire occasionnel/le? » (QAA208) s'intéresse aux personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire. Elle permet de préciser le type de relation entretenue avec le partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, alors que les questions 211, 214 et 217 du QAA donnent la même information pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

L'utilisation du condom est décrite à partir de deux indices. Le premier indice porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec le dernier partenaire. L'indice a été créé à partir de la question 209 du QAA, pour les personnes ayant eu un seul partenaire au cours des 12 mois ayant précédé

l'enquête, et des questions 212, 215 et 218, pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la même période. Cet indice a été utilisé dans certaines enquêtes auprès d'une population générale (Catania et autres, 1996); il est plus actuel et plus précis que l'indice sur la fréquence d'utilisation du condom avec le dernier partenaire sexuel au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête qui a tout de même été mesuré. Ce deuxième indice a été créé à partir de la question 210 du QAA, pour les personnes ayant eu un seul partenaire, et des questions 213, 216 et 219, pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire. Les réponses à ces questions ont été regroupées en trois catégories : (1) jamais, (2) à l'occasion ou fréquemment (qui englobe les réponses rarement, occasionnellement, à peu près la moitié du temps et la plupart du temps), et (3) toujours ou presque toujours.

On associe généralement aux personnes ayant des comportements sexuels à risque le fait d'avoir plus d'un partenaire. Cependant, cette association peut être trompeuse en ce qu'elle ne permet pas de distinguer les relations sexuelles protégées - avec, par exemple, usage du condom - des relations sexuelles non protégées. Par conséquent, un indice de comportement sexuel à risque a été construit à partir de l'information sur le nombre de partenaires, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) et l'utilisation du condom. Les comportements sexuels des personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête sont classés à risque pour la transmission des MTS et du VIH/sida lorsque les répondants ont déclaré ne pas avoir systématiquement utilisé un condom avec l'ensemble de leurs partenaires (à l'exception des personnes qui ont déclaré un partenaire régulier cohabitant, avec qui elles n'ont pas toujours utilisé un condom, mais qui l'ont systématiquement utilisé avec la ou les autres partenaires). Cette définition du comportement à risque s'inspire de l'étude de Leaune et Adrien (1998).

La question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité/e pour une MTS (maladie transmise sexuellement? » (QAA220) a été conçue pour les besoins de l'enquête. Aucune précision quant au type de MTS en cause, comme la gonorrhée, la chlamydia ou les condylomes, n'a été demandée.

La description des personnes séparées ou divorcées de l'autre parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans provient des questions « Êtes-vous divorcé/e ou séparé/e de l'autre parent de l'un de vos enfants de moins de 18 ans? » (QAA174) et « Depuis combien de temps? » (QAA175) de la section XII du QAA portant sur la famille. Cette information permet d'examiner l'effet du temps écoulé depuis la séparation sur la recherche d'un nouveau partenaire et, indirectement, sur le nombre de partenaires déclarés au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

9.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour l'ensemble des questions, à l'exception des questions 211 (10 %), 214 (10 %) et 217 (11 %) du QAA, posées aux personnes qui ont déclaré plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et à la question 220 (7%) du QAA sur les MTS. Aux questions 211 et 214, on demande à la personne qui a eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois si, parmi ces partenaires, elle a eu un partenaire régulier avec lequel elle vivait et/ou un partenaire régulier avec lequel elle ne vivait pas, et à la question 217, si parmi ces partenaires elle a eu un partenaire occasionnel. Ces trois questions étant utilisées dans la construction de l'indicateur de comportement sexuel à risque, le taux de non-réponse partielle pour cet indicateur est de 18 %. La non-réponse n'est pas associée à l'âge, mais elle varie selon la scolarité relative et l'état matrimonial de fait. Le taux de non-réponse décroît lorsque s'améliore la scolarité relative (de 21 % à 12 %). Quant à l'état matrimonial de fait, les répondants semblent avoir eu de la difficulté à se situer dans les notions de partenaire régulier avec lequel on vit et de partenaire régulier avec lequel on ne vit pas, surtout chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire. Cette difficulté semble avoir entraîné davantage de non-réponse parmi les personnes mariées (27 %) et les personnes en union de fait (24 %). Il est difficile de conclure sur la direction possible de ce biais.

Le taux de non-réponse partielle est de 7 % pour la question 220 portant sur le fait d'avoir été traité pour une MTS au cours des 12 derniers mois. La non-réponse est associée au fait d'être âgé de 50 ans et plus, le taux de non-réponse s'établissant à 12 % parmi ce sous-groupe de la population, alors que, parmi les répondants des groupes d'âge plus jeunes, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 %. Rappelons que le fait que le type de MTS en cause (comme la gonorrhée, la chlamydia ou les condylomes) n'était pas précisé limite l'interprétation des résultats ainsi que les comparaisons avec d'autres études. Par exemple, des infections comme la vaginite, qui ne sont généralement pas considérées comme des MTS, ont pu être rapportées comme telles par certaines répondantes à l'enquête.

Concernant la catégorie des personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, celle-ci ne permet pas de distinguer entre les personnes ayant eu deux partenaires ou plus en même temps ou un partenaire à la fois, mais plusieurs partenaires dans la même période de 12 mois. Il est possible que ces deux types de relation ne présentent pas le même risque de transmission des MTS ou du sida.

9.1.3 Population de référence

Rappelons que la population de référence pour la plupart des analyses du présent chapitre est constituée des personnes âgées de 15 ans et plus dites hétérosexuelles ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, soit 95 % des répondants. Toutefois, ce dernier pourcentage couvre environ 88 % de la population totale de 15 ans et plus. De plus, la couverture n'est pas uniforme entre les groupes d'âge, les jeunes étant moins bien couverts. Ainsi, lorsqu'on s'intéresse uniquement aux personnes hétérosexuelles ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, on implique près de 53 % des 15-19 ans, 89 % des 20-29 ans, 93 % des 30-49 ans et 92 % des 50 ans et plus. Par ailleurs, la population de référence compte environ 5 158 000 personnes contre 5 825 000 personnes dans la population de 15 ans et plus.

9.2 Résultats

Dans l'ensemble, environ 93 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir déjà eu des relations sexuelles (tableau 9.1). Il n'y a pas de différence selon le sexe; cependant, les jeunes de 15 à 19 ans sont proportionnellement moins nombreux (59 %) que les autres groupes d'âge (93 % à 98 %) à déclarer avoir déjà eu des relations sexuelles. Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, environ 97 % se déclarent hétérosexuelles, c'est-à-dire qu'elles affirment avoir toujours des relations sexuelles avec une personne de l'autre sexe (tableau 9.2). Aucune différence n'a été observée selon le sexe ou les groupes d'âge. Par ailleurs, parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, 97 % en ont eu avec pénétration, et ce, sans égard à l'orientation sexuelle (données non présentées).

Tableau 9.1
Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	92,9	2 659
Femmes	93,2	2 763
Sexes réunis		
15-19 ans	58,7	309
20-29 ans	93,3	853
30-39 ans	97,7	1 198
40-49 ans	97,9	1 141
50 ans et plus	96,4	1 920
Total	**93,0**	**5 422**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 9.2
Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	96,8	2 575
Femmes	97,6	2 696
Sexes réunis		
15-19 ans	98,5	304
20-29 ans	97,4	831
30-39 ans	96,9	1 160
40-49 ans	97,1	1 109
50 ans et plus	97,2	1 866
Total	**97,2**	**5 271**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.1 Âge à la première relation sexuelle avec pénétration

Au total, 7 % de la population de 15 ans et plus a eu sa première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans (tableau 9.3). Les données de l'enquête montrent que la première relation sexuelle avec pénétration survient à un âge de plus en plus jeune. Ainsi, la proportion des personnes qui ont eu leur première relation avec pénétration avant l'âge de 15 ans s'élève à 15 % parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans, alors que cette proportion tombe à 8 % parmi celles de 30 à 39 ans et à 4 % ou moins parmi celles de 40 ans et plus.

Tableau 9.3
Personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Sexes réunis		
15-19 ans	14,9	78
20-29 ans	14,9	137
30-39 ans	7,8	95
40-49 ans	4,0	47
50-59 ans	2,6	23
60 ans et plus	2,0	22
Total	**7,1**	**401**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.2 Population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (population de référence)

Au tableau 9.4, on constate que parmi les personnes hétérosexuelles, environ 95 % ont déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. Toutes proportions gardées, légèrement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (96 % c. 94 %). Selon l'âge, proportionnellement moins de jeunes de 15 à 19 ans déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, la différence étant significative seulement par rapport à la catégorie des personnes de 50 ans et plus (91 % c. 96 %).

Il est important de souligner que l'ensemble des résultats qui suit porte sur la population de référence, soit les personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Tableau 9.4
Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	94,0	2 500
Femmes	96,2	2 657
Sexes réunis		
15-19 ans	91,2	281
20-29 ans	95,3	814
30-39 ans	94,8	1 135
40-49 ans	95,3	1 088
50 ans et plus	95,8	1 839
Total	**95,1**	**5 158**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.3 Nombre de partenaires au cours d'une période de 12 mois

Parmi la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, environ 74 % ont eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois, 10 %, plus d'un partenaire et 17 %, aucun partenaire (tableau 9.5).

Tableau 9.5

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Hommes	13,7	75,1	11,2
Femmes	19,3	72,8	7,9
Sexes réunis			
15-19 ans	5,1**	62,2	32,7
20-29 ans	5,8	71,0	23,2
30-39 ans	6,3	85,6	8,2
40-49 ans	10,3	83,8	5,9
50-59 ans	18,5	78,2	3,3
60 ans et plus	50,9	48,2	0,9**
Total	**16,6**	**73,9**	**9,5**
Pe '000	**898**	**3 785**	**475**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

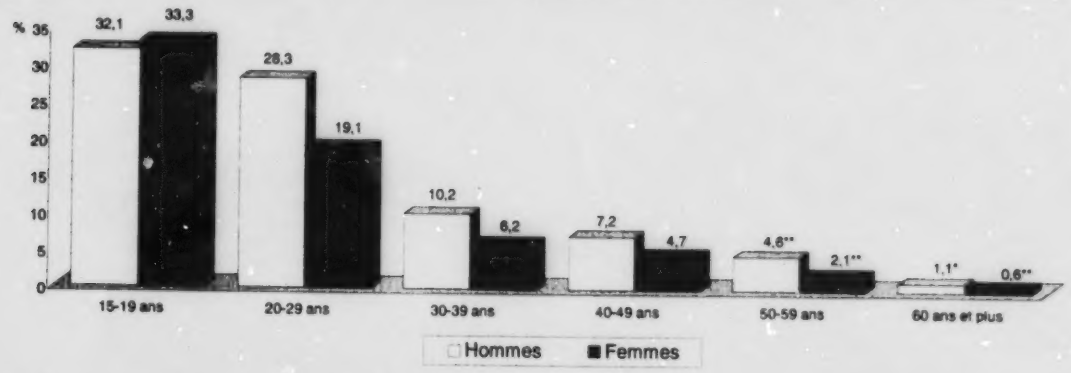
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Une majorité d'hommes (75 %) et de femmes (73 %) n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de cette période. Proportionnellement plus d'hommes que de femmes ont eu plus d'une partenaire (11 % c. 8 %). Les jeunes générations sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré plus d'un partenaire, soit environ le tiers des personnes de moins de 20 ans comparativement à 6 % ou moins des personnes de 40 ans ou plus.

Quel que soit le groupe d'âge, les hommes sont toujours plus nombreux à avoir plus d'une partenaire que les femmes, exception faite du groupe d'âge des 15-19 ans (figure 9.1). La proportion des femmes qui déclarent plus d'un partenaire diminue à partir de la vingtaine, alors que cette baisse ne survient que dans la trentaine pour les hommes.

Figure 9.1

Hommes et femmes ayant déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus[1], Québec, 1998



1. Personnes ayant eu des relations sexuelles avec pénétration.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec; *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.4 Types de relation entretenue avec le(s) partenaire(s)

Les comportements sexuels varient souvent selon le type de relation qu'on entretient avec un partenaire, selon qu'il s'agisse d'un partenaire régulier avec lequel on vit, d'un partenaire régulier avec lequel on ne vit pas ou d'un partenaire occasionnel.

Parmi les personnes ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, 84 % disent avoir entretenu une relation régulière avec ce partenaire avec lequel elles vivaient (tableau 9.6). Pour environ 2,5 % des personnes, il s'agissait d'un seul et même partenaire occasionnel au cours de ces 12 mois.

Parmi les personnes qui ont eu plus d'un partenaire, environ 36 % d'entre elles ont eu un partenaire régulier avec lequel elles vivaient et plus de la moitié (52 %), un partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas.

9.2.5 Cas particulier des personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans

Dans l'ensemble, on observe qu'environ 20 % des personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans ont déclaré plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.7). Cette proportion est plus élevée que pour l'ensemble de la population (10 %) (tableau 9.5). Lorsqu'on contrôle la variable sexe, cette différence demeure. Dans le groupe d'âge de moins de 30 ans, on constate qu'environ 40 % des personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants déclarent plus d'un partenaire comparativement à environ 17 % dans le groupe d'âge de 30 ans ou plus (tableau 9.7).

Tableau 9.6
Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) parmi les personnes ayant eu un seul partenaire et celles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois			
Hommes	84,5	12,2	3,3
Femmes	83,8	14,4	1,8*
Total	**84,2**	**13,3**	**2,5**
Pe '000	**3 195**	**496**	**94**
Personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois			
Hommes	35,4	48,5	16,1
Femmes	36,5	55,9	7,6**
Total	**35,9**	**51,7**	**12,4**
Pe '000	**170**	**245**	**60**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 9.7

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans[1], Québec, 1998

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Hommes	10,1*	68,2	21,7
Femmes	13,0	68,4	18,6
Sexes réunis			
15-29 ans	8,7**	51,6	39,7
30-49 ans	11,7	71,5	16,8
50 ans et plus	19,9**	61,3	18,8**
Total	**11,8**	**68,3**	**19,9**
Pe '000	**49**	**280**	**81**

1. Personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enfin, plus la séparation est récente, plus la proportion des personnes ayant eu au-delà d'un partenaire est élevée (tableau 9.8). Plus de la moitié (55 %) des personnes qui se sont séparées ou qui ont divorcé depuis moins d'un an ont eu plus d'un partenaire. Lorsque le temps de séparation se situe entre un an et quatre ans, cette proportion passe à 22 %, puis à 14 % lorsque la séparation s'est produite il y a cinq ans et plus.

9.2.6 Utilisation du condom

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle parmi les personnes ayant eu un seul partenaire

Le tableau 9.9 porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle parmi les personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois, et ce, selon le type de relation entretenue avec le partenaire. On observe que, lorsqu'elles vivent avec leur seul partenaire, ces personnes utilisent le condom avec celui-ci dans une proportion de 10 %.

Tableau 9.8

Temps écoulé depuis la séparation avec l'autre parent selon le nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans[1], Québec, 1998

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Moins de 1 an	4,0**	40,8	55,2
Un à quatre ans	14,3*	63,5	22,2
Cinq ans ou plus	10,7*	75,8	13,5
Total	**11,2**	**68,3**	**20,5**

1. Personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Cette proportion s'élève à 31 % lorsqu'elles ne vivent pas avec leur seul partenaire régulier et à 56 % lorsqu'il s'agit d'un seul et même partenaire occasionnel. Les hommes rapportent avoir utilisé le condom dans une plus forte proportion que les femmes, autant avec leur partenaire régulière avec laquelle ils ne vivent pas (37 % c. 27 %) qu'avec leur partenaire occasionnelle (61 % c. 46 %). Par ailleurs, c'est parmi les plus jeunes générations que le condom a été le plus utilisé avec tous les types de partenaire.

Utilisation du condom lors de la dernière relation parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire

Lorsqu'on compare les résultats des tableaux 9.9 et 9.10, on observe que les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont utilisé davantage le condom lors de la dernière relation sexuelle (tableau 9.10) que les personnes ayant eu un seul partenaire (tableau 9.9). La différence est significative en ce qui concerne l'utilisation du condom avec le partenaire régulier avec lequel elles vivaient (24 % parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire c. 10 % parmi celles ayant eu un seul partenaire) et le partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas (48 % c. 31 % respectivement) au cours de ces 12 mois.

Tableau 9.9

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec le partenaire, le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois[1], Québec, 1998

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Hommes	9,8	36,8	61,2
Femmes	9,9	26,7	45,8
Sexes réunis			
15-19 ans	32,8*	50,2	67,7*
20-29 ans	18,8	32,2	75,5
30-39 ans	14,2	27,9	49,1*
40-49 ans	7,6	20,1*	43,1*
50 ans et plus	2,7	13,7*	29,4*
Total	**9,8**	**31,3**	**55,7**
Pe '000	**304**	**153**	**52**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On n'observe pas de différence significative entre les personnes ayant eu plus d'un partenaire avec lequel elles ne vivaient pas ou un partenaire occasionnel. Toujours parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire, il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes, quel que soit le type de relation entretenue entre les partenaires au cours de cette période de 12 mois (tableau 9.10). Selon l'âge, que ce soit un partenaire régulier avec lequel on vivait ou ne vivait pas, ou un partenaire occasionnel, on observe une tendance à la baisse de l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle. Les seules différences significatives constatées sont entre la catégorie des jeunes de 15 à 29 ans et celle des personnes de 50 ans et plus pour les personnes ayant eu un partenaire avec lequel elles ne vivaient pas ou un partenaire occasionnel.

Tableau 9.10

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec les partenaires, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois[1], Québec, 1998

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Hommes	24,1*	51,5	67,1
Femmes	23,2*	43,7	58,6
Sexes réunis			
15-19 ans	43,8*	57,0	71,8
20-29 ans	21,5*	53,0	69,1
30-39 ans	27,5*	47,4	66,9
40-49 ans	8,3**	34,8*	50,7
50 ans et plus	0,0	23,2**	33,3**
Total	**23,7**	**47,8**	**63,7**
Pe '000	**34**	**139**	**167**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Fréquence d'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois

Toutes proportions gardées, les personnes ayant eu un seul partenaire ont moins fréquemment utilisé le condom au cours d'une période de 12 mois que les personnes ayant eu plus d'un partenaire, et ce, peu importe le type de relation entretenue avec leur partenaire (tableau 9.11). En effet, les personnes ayant eu un seul partenaire sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant eu plus d'un partenaire à n'avoir jamais utilisé le condom avec le partenaire régulier avec lequel elles vivaient (81 % c. 50 %) ou avec le partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas (49 % c. 29 %) au cours de ces 12 mois. La même tendance est observée avec le partenaire occasionnel (36 % c. 24 %), mais la différence n'est pas significative. Aucune différence n'a été observée selon le sexe, que ce soit chez les personnes ayant eu un seul partenaire ou chez celles ayant eu plus d'un partenaire (données non présentées).

9.2.7 Comportement sexuel à risque parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire

Près de 60 % des personnes ayant déclaré plus d'un partenaire ont eu au moins un comportement sexuel à risque au cours d'une période de 12 mois, c'est-à-dire que ces personnes ont été classées à risque pour la transmission des MTS ou du VIH/sida lorsqu'elles n'ont pas systématiquement utilisé un condom avec l'ensemble de leurs partenaires (tableau 9.12). Bien que proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont eu un tel comportement (63 % c. 55 %), cette différence n'atteint pas le seuil de signification.

Tableau 9.11
Fréquence d'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois avec le dernier partenaire selon le type de relation entretenue avec les partenaires, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel et celle ayant eu plus d'un partenaire sexuel[1], Québec, 1998

	Jamais	À l'occasion ou fréquemment	Toujours ou presque toujours	Pas eu d'autre relation
		%		
Personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois				
Partenaire régulier avec lequel la personne vit	80,6	12,6	6,7	0,1**
Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	48,9	26,7	22,5	1,9**
Partenaire occasionnel	36,4	14,5*	32,4	16,7*
Personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois				
Partenaire régulier avec lequel la personne vit	50,1	36,1	13,7*	0,2**
Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	29,4	33,6	34,6	2,4**
Partenaire occasionnel	23,6	21,1	44,9	10,4*

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 9.12

Personnes ayant eu au moins un comportement sexuel à risque selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois[1], Québec, 1998

	Comportement sexuel à risque	Pe
	%	'000
Hommes	55,0	151
Femmes	63,1	127
Total	**58,5**	**278**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.8 Personnes ayant été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois

Le fait d'avoir eu une MTS est un indicateur qu'à un moment donné, on a eu un comportement sexuel à risque. Environ 1,7 % des personnes déclarent avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.13). Proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir été traitées pour une MTS (2,1 % c. 1,3 %). Les personnes de moins de 30 ans présentent des proportions significativement supérieures à leurs aînés. Par ailleurs, les personnes ayant eu plus d'un partenaire sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant eu un seul partenaire à déclarer avoir été traitées pour une MTS (6 % c. 1,4 %). Bien que les personnes de 15 ans et plus divorcées ou séparées du parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans soient, en proportion, plus nombreuses que celles de l'ensemble de la population de référence (3,0 % représentant 12 000 personnes de la population c. 1,7 % pour 84 000 personnes) à déclarer avoir été traitées pour une MTS, cette différence n'est pas significative (données non présentées).

Tableau 9.13

Personnes ayant déclaré avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le nombre de partenaires sexuels, population hétérosexuelle de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	1,3	31
Femmes	2,1	53
Sexes réunis		
15-19 ans	5,5*	15
20-29 ans	4,3	35
30-39 ans	1,5*	17
40-49 ans	1,1*	12
50 ans et plus	0,3**	5
Nombre de partenaires sexuels		
Aucun	0,4**	3
Un partenaire	1,4	50
Plus d'un partenaire	6,4	31
Total	**1,7**	**84**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête révèlent qu'environ 93 % de la population québécoise de 15 ans et plus déclare avoir déjà eu des relations sexuelles; cette proportion est de 59 % chez les jeunes de 15 à 19 ans. L'enquête montre également qu'environ 15 % des Québécois âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 29 ans ont eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, ce qui est plus élevé que dans les autres groupes d'âge. Ces résultats confirment la tendance observée dans d'autres études, qui révèlent que le premier rapport sexuel avec pénétration survient à un âge de plus en plus jeune (Bozon et Kontula, 1998; Leaune et Adrien, 1998).

Dans l'ensemble, environ 97 % de la population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles se déclare hétérosexuelle, ce qui est comparable à la proportion observée dans l'étude de Leaune et Adrien (1998). Par ailleurs, parmi les personnes hétérosexuelles, environ 95 % ont déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Comme l'ont souligné la plupart des études comportementales réalisées en Amérique du Nord (Bastani et autres, 1996; Leigh et autres, 1993) et en Europe (Leridon et autres, 1998), la très grande majorité des personnes hétérosexuelles n'ont eu qu'un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois. Les résultats de l'enquête confirment cette tendance : près des trois quarts des Québécois hétérosexuels âgés de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration n'ont eu qu'un seul partenaire. Ces études ont également montré que les hommes et les plus jeunes générations (moins de 30 ans) déclarent un plus grand nombre de partenaires. Les résultats de la présente enquête corroborent ces constats : plus d'hommes que de femmes (11 % c. 8 %) et plus de personnes de 15 à 29 ans que celles de 30 ans ou plus (entre le tiers et le quart c. moins de 10 %) ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois.

La majorité des personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont déclaré au moins un partenaire régulier, qu'il s'agisse d'un partenaire régulier avec lequel elles vivaient ou avec lequel elles ne vivaient pas. Plus du tiers des personnes ayant eu plus d'un partenaire disent avoir entretenu une relation régulière impliquant la cohabitation avec un de leurs partenaires et environ la moitié, avoir entretenu une relation régulière sans cohabitation. Une faible proportion de personnes ayant eu plus d'un partenaire n'ont eu que des partenaires occasionnels (12 %).

Le risque d'être infecté par une MTS ou par le VIH augmente avec le nombre de partenaires (Warszawski, 1998). Dans un contexte de multiples partenaires, l'usage systématique du condom en tant que moyen de protection, tant pour soi-même que pour ses partenaires, est primordial. À cet égard, certains résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont préoccupants. En effet, on constate que plus de la moitié des personnes hétérosexuelles (58 %) ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont eu au moins un comportement sexuel à risque pour la transmission des MTS et du VIH. Cette proportion est comparable à celle obtenue dans l'étude réalisée dans la population générale du Québec en 1996 (53 %) (Adrien et autres, 1998a; Leaune et Adrien, 1998). Quant à la fréquence de l'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois, environ la moitié des personnes ayant eu plus d'un partenaire déclarent n'avoir jamais utilisé le condom avec leur partenaire régulier avec lequel elles vivaient; ces derniers ont donc pu être indirectement exposés au risque de transmission de MTS ou du VIH.

L'enquête révèle que l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle est plus répandue parmi les générations les plus jeunes, tant chez les personnes ayant eu un seul partenaire que chez celles ayant eu plus d'un partenaire. Les résultats obtenus ici se comparent à ceux de l'enquête comportementale réalisée auprès de la population générale du Québec (Adrien et autres, 1998a; Leaune et Adrien, 1998) et des enquêtes réalisées dans d'autres pays occidentaux (Dubois-Arber, 1998). De façon générale, l'enquête montre également que les personnes plus âgées utilisent moins le condom. D'autres recherches ont souligné la plus faible utilisation du condom par les personnes d'âge moyen (Bajos et autres, 1997; Castilla et autres, 1998; Leigh et autres, 1993). Deux raisons peuvent expliquer cette faible utilisation. D'une part, ces personnes étaient déjà âgées de 30 ans et plus quand l'épidémie du sida a été mieux connue du grand public; elles n'ont donc pas été confrontées dès le début de leur vie sexuelle au risque de transmission du VIH. D'autre part, les campagnes destinées à la population hétérosexuelle ont surtout ciblé les jeunes générations.

Les résultats concernant les personnes divorcées ou séparées du parent de l'un de leurs enfants mineurs, montrent que ces personnes sont en recherche active d'un nouveau partenaire, ce qui se traduit par un plus grand nombre de partenaires, particulièrement pendant les premières années qui suivent la séparation. De plus, ces personnes ont tendance, en plus grande proportion, à déclarer avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois. Des études ont montré que les personnes divorcées ou séparées cherchent à renouer rapidement une union stable afin de faire face à la solitude qui découle de la séparation (Bajos et autres, 1997; Bastard et Cardia-Vonèche, 1995; Dedobbeleer et Morissette, 1999). Pour cela, elles ont besoin d'établir un rapport de confiance avec leur(s) nouveau(x) partenaire(s). Cependant, pour nombre de personnes, ce sentiment se conjugue mal avec l'utilisation du condom (Rosenthal et autres, 1998; Peart et autres, 1996).

Une faible proportion de personnes rapportent avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois (1,7 %). Malgré l'absence de précisions disponibles dans l'enquête quant aux types de MTS, les résultats suivent les tendances enregistrées dans d'autres pays (Magnus, 1998). Comme dans le cadre de l'étude comportementale réalisée dans la population générale du Québec (Leaune et Adrien, 1998), on observe que les personnes âgées de moins de 30 ans et celles qui ont eu plus d'un partenaire déclarent en plus grande proportion avoir déjà été traitées pour une MTS.

Les taux de réponse obtenus, dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et dans d'autres enquêtes réalisées auprès de la population générale, montrent que des questions reliées à la sexualité ne suscitent pas de réactions négatives importantes. Ces enquêtes, lorsqu'elles sont répétées régulièrement, constituent une source précieuse permettant de mieux comprendre la réponse de la population au VIH/sida et d'orienter les programmes de prévention. Il s'avère donc souhaitable de conserver des questions reliées aux comportements sexuels et aux stratégies de protection contre les MTS et le VIH/sida dans les enquêtes de population. D'autres recherches pourraient cibler davantage les adultes sur le plan des croyances, des attitudes ou des connaissances pour mieux comprendre ce qui détermine leurs comportements sexuels, notamment chez les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel.

Éléments de réflexion pour la planification

La présente enquête permet d'observer des signes encourageants en ce qui a trait à la prévention (utilisation plus fréquente du condom par les jeunes générations et par les personnes ayant un partenaire occasionnel), mais révèlent aussi des faits préoccupants (plus faible utilisation du condom parmi les personnes d'âge moyen, proportions encore trop élevées de personnes ayant plus d'un partenaire et rapportant au moins un comportement sexuel à risque). Les résultats mettent en évidence des contextes (multiples partenaires) et des situations (utilisation du condom selon le type de relation entretenue avec le ou les partenaires) qu'on doit considérer avec plus d'attention, tant lors de l'élaboration des campagnes de prévention et des interventions que lorsqu'il s'agit de prospecter de nouvelles pistes de recherche.

On doit continuer à insister pour que les personnes qui ont plusieurs partenaires se protègent systématiquement. On peut penser que des messages de prévention explicitement destinés aux personnes qui ont plus d'un partenaire et mettant l'accent sur la protection de l'ensemble des partenaires recueilleraient peut-être une meilleure écoute que des messages qui ne ciblent que les relations avec un partenaire occasionnel ou un nouveau partenaire. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts déjà entrepris en ciblant davantage la population hétérosexuelle avec multiples partenaires qui a fait l'objet de peu de campagnes de prévention.

Les résultats positifs obtenus pour les moins de 30 ans quant à l'utilisation du condom ne doivent pas faire oublier que c'est parmi ce sous-groupe de la population hétérosexuelle que l'on observe le plus grand nombre de partenaires au cours d'une période

de 12 mois et une plus grande proportion de personnes ayant déclaré avoir été traitées pour une MTS. Les jeunes générations sont sexuellement plus actives et il demeure indispensable de poursuivre les efforts de prévention auprès des moins de 30 ans pour éviter une baisse éventuelle de la fréquence d'utilisation du condom. Les avancées thérapeutiques dans le traitement des personnes infectées par le VIH sont très médiatisées et on peut craindre qu'elles génèrent une certaine confusion quant à perception de la gravité du sida. Si le sida en venait à être perçu comme moins grave, on pourrait assister à un recul en matière de prévention et, en conséquence, à une baisse de l'utilisation du condom. La difficulté de rejoindre les jeunes en dehors du réseau scolaire appelle à une mobilisation de celui-ci. De plus, pour pallier au taux croissant de décrochage scolaire, tout porte à penser que cette mobilisation devrait commencer de plus en plus tôt. Enfin, la faible utilisation du condom parmi les personnes plus âgées devrait se traduire par des efforts visant à rejoindre cette sous-population, qui a souvent été négligée par les campagnes de prévention.

Bibliographie

ADRIEN, A., V. LEAUNE, C. DASSA et M. PERRON (1998a). « Adaptation au risque d'infection au VIH dans la population générale du Québec : la diversité des stratégies de protection », *Septième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida*, Québec, Canada (abrégé 156 p.).

ADRIEN, A., V. LEAUNE, C. DASSA et M. PERRON (1998b). « Caractérisation, dans le cadre d'une enquête sur la population générale, d'une population réputée difficile à rejoindre : les individus qui ont déjà eu des relations sexuelles avec une personne qui s'est déjà injecté des drogues », *Septième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida*, Québec, Canada (abrégé 126 p.).

BAJOS, N., B. DUCOT, B. SPENCER, A. SPIRA et autres (1997). « Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the French national survey on sexual behaviour », *Social Science and Medecine*, vol. 44, n° 1, p. 25-40.

BASTANI, R., P. A. ERICKSON, A. C. MARCUS, A. E. MAXWELL, F. J. CAPELL, H. FREEMAN et K. A. YAN (1996). « AIDS-related attitudes and risk behaviour: A survey of a random sample of California heterosexuals », *Preventive Medecine*, vol. 25, n° 2, p. 105-117.

BASTARD, B., et L. CARDIA-VONÈCHE (1995). « Choix et comportements affectifs et sexuels face au sida : une étude auprès de personnes séparées ou divorcées », *Sexualité et Sida, Recherches en sciences sociales*, Paris, Agence Nationale de Recherches sur le sida, p. 251-257.

BOZON, M., et O. KONTULA (1998). « Sexual initiation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 37-65.

BRUNEAU, J., F. LAMOTHE, E. FRANCO et autres (1997). « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, n° 12, p. 994-1002.

CASTILLA, J., L. BARRIO, K. DE LA FUENTE et M. BELZA (1998). « Sexual behavior and condom use in the general population of Spain, 1996 », *AIDS Care*, vol. 10, n° 6, p. 667-676.

CATANIA, J. A., J. T. MOSKOWITHZ, M. RUIZ et J. CLELAND (1996). « A review of national AIDS-related behavioral surveys », *AIDS*, vol. 10 (suppl. A), p. S183-S190.

DEDOBBELEER, N., et P. MORISSETTE (1999). « Le sida et les femmes seules à la recherche d'un partenaire : un groupe à risque ignoré? », *La recherche féministe dans la francophonie, Pluralité et convergences*, sous la direction de DAGENAIS, H., Les Éditions du remue-ménage, Montréal, Canada, p. 217-242.

DUBOIS-ARBER, F. (1994). « La surveillance comportementale », *Quatrième conférence canadienne annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH-sida.*

DUBOIS-ARBER, F. (1998). « Condom use » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 266-286.

LEAUNE, V., et A. ADRIEN (1998). *Les Québécois face au sida : attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; ISBN : 2-89494-176-5.

LEIGH, B. C., M. T. TEMPLE et K. F. TROAKI (1993). « The sexual behavior of US adults: Results from a national survey », *American Journal of Public Health*, vol. 38, n° 10, p. 1400-1408.

LERIDON, H., G. VAN ZESSEN et M. HUBERT (1998). « The europeans and their sexual partners » dans M. HUBERT, N. BAJOS and T. SANDFORT (éd.), *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 165-198.

LÉVY, J. J., L. R. FRIGAULT, J. M. SAMSON, A. DUPRAS et P. CAPPON (1994). « Predictors of sexual behavior in a group of heterosexual university students at risk for AIDS in Montreal », *Contraception Fertilité, Sexualité*, vol. 22, n° 2, p. 123-128.

MAGNUS, P. (1998). « Risk behaviour and risk contexts » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 199-218.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida)*, Québec, cas cumulatifs 1979-1999, mise à jour n° 1999-2000.

MYERS, T., G. GODIN, J. LAMBERT, L. CALZAVARA et D. LOCKER (1996). « Sexual risk and HIV-testing behaviour by gay and bisexual men in Canada », *AIDS Care*, vol. 8, n° 3, p. 297-309.

MYERS, T., D. ALLMAN, E. A. JACKSON et K. ORR (1995). « Variation in sexual orientations among men who have sex with men, and their current sexual practices », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 86, n° 6, p. 384-388.

OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH – Bilan d'une décennie de recherche auprès des adolescents et des jeunes adultes québécois*, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Canada, 148 p.

PARENT, R., et M. ALARY (1999). *Analyse de cas de gonnorhée, de chlamydiose, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1993-1997*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, Montréal, Québec.

PEART, R., D. ROSENTHAL et S. MOORE (1996). « The heterosexual singles scene: putting danger into pleasure », *AIDS Care*, vol. 8, n° 3, p. 341-349.

POULIN, C., et M. ALARY (1999). « Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV infection among drug users attending an STD/HIV prevention and needle-exchange program in Quebec City, Canada, » *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 7, p. 410-420.

RÉMIS, R. S., P. LECLERC et A. C. VANDAL (1998). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Unité Maladies Infectieuses, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 61 p.

ROSENTHAL, D., S. GIFFORD et S. MOORE (1998). « Safe sex or safe love: competing discourse? », *AIDS Care*, vol. 10, n° 1, p. 35-47.

SAMSON, J. M., J. J. LÉVY, F. LOPEZ, C. PICOD BERNARD et E. MATICKA-TYNDALE (1993). « Sexual attitudes and scenarios among students in France, Quebec, and Spain », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol. 21, n° 4, p. 325-332.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

TURMEL, B., et L. BÉDARD (1998). *Épidémiologie des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, ISBN : 2-89494-125-0.

WARSZAWSKI, K. (1998). « Self-reported sexually transmitted diseases and at-risk sexual behaviour » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.),, *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 219-244.

WARSZAWSKI, K., et L. MEYER (1998). « Apports d'une enquête en population générale à l'épidémiologie des maladies sexuellement transmissibles », *La sexualité aux temps du sida*, Presses Universitaires de France, p. 415-435.

Chapitre 10

Orientation sexuelle et santé

Michel Clermont
Direction de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Yves Lacouture
École de psychologie
Université Laval

Introduction

La socialisation, les conditions de vie et l'environnement sont bien connus comme étant des déterminants de la santé. Depuis une vingtaine d'années, les recherches, surtout américaines, ont fourni une connaissance plus spécifique sur l'orientation sexuelle et sur les impacts de la stigmatisation sociale que subissent souvent les personnes homosexuelles et bisexuelles dans les sociétés occidentales. Malgré le changement majeur des dernières décennies quant à la reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles par la société québécoise, une discrimination et un malaise persistent encore. Les personnes vivant l'homosexualité ou la bisexualité occupent ainsi un espace social où elles doivent composer avec leur orientation de diverses façons : la nier, la refouler, la camoufler, la révéler ou encore en faire un élément constitutif de leur identité. Dans tous les cas, l'individu vivant l'homosexualité doit opérer une conciliation souvent difficile de sa sexualité avec sa vie affective et sociale. Au cours des dernières décennies, de plus en plus de personnes vivant l'homosexualité ou la bisexualité ont cherché à intégrer leur vie amoureuse ou sexuelle à leur vie sociale, y compris sur le plan scolaire et professionnel. Mais cela ne va pas toujours sans écueils.

Les recherches auprès des jeunes sont particulièrement intéressantes pour comprendre l'impact individuel de l'homosexualité. Une revue des écrits sur les jeunes homosexuels de sexe masculin met en évidence qu'une proportion non négligeable de ces jeunes rencontrent, plus que leurs pairs hétérosexuels, des difficultés à l'école, font des fugues, abusent de l'alcool ou de drogues et commettent des tentatives de suicide (Bryan et Frappier, 1993; Berthelot, 1995; Jalbert, 1998; Remafedi et autres, 1998; Saewyc et autres, 1998; Schiltz, 1997).

À la vulnérabilité liée aux difficultés d'adaptation à une orientation homosexuelle ou bisexuelle, s'ajoutent d'autres facteurs de risque. La vie en milieu rural et semi-urbain – là où les réseaux de socialisation peuvent être plus limités, voire inexistants – peut conduire à un isolement plus marqué des personnes homosexuelles ou les inciter à déménager dans les plus grandes villes, les déracinant ainsi de leur famille ou de leurs proches. Aussi, les personnes homosexuelles et bisexuelles connaîtraient plus souvent des conditions de pauvreté (Bonneau, 1998; Noël et autres, 1999).

Par ailleurs, l'accès aux services sociaux et de santé poserait un problème pour une partie de cette clientèle, et en particulier pour les femmes, qui en contexte de consultation médicale ou psycho-sociale garderaient plus souvent leur homosexualité secrète par crainte d'être jugées négativement ou mal soignées. Les conséquences sont de deux ordres : une difficulté à établir un lien de confiance avec les intervenants et une accessibilité moins grande à des services préventifs (Demczuk, 1994; James et Platzer, 1999; O'Hanlan, 1998; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999).

Comme en font foi la plupart des études, il est difficile de tracer un portrait clair et valide de la réalité des personnes homosexuelles ou bisexuelles. Ainsi, la majorité des enquêtes sur l'homosexualité ou la bisexualité comptent d'importants biais de sélection car elles ont recours à des techniques de sélection

non probabilistes, dans le cadre desquelles les participants sont sélectionnés sur une base volontaire dans des espaces de socialisation homosexuelle (bars, saunas, centres communautaires, médias d'information spécialisés pour gais et lesbiennes), ce qui conduit à une surreprésentation des personnes de classe moyenne urbaine, plus jeunes et plus scolarisées. De telles études ne permettent pas de généraliser leurs résultats à l'ensemble des personnes homosexuelles (Chamberland, 1995; Clermont, 1996).

À notre connaissance, l'Enquête sociale et de santé 1998 est la première étude probabiliste à grande échelle à poser la question de l'orientation sexuelle. Au Québec, il n'existe pas d'autres études pouvant nous permettre de décrire la santé et le bien-être des personnes homosexuelles et bisexuelles avec la validité des échantillons probabilistes.

Ailleurs dans le monde, les études probabilistes s'intéressant à l'homosexualité sont rares. Celles de Laumann et autres (1994) aux États-Unis, de Wellings et autres (1994) en Angleterre et de Spira et autres en France (1993), portant essentiellement sur les comportements sexuels des répondants, apportent peu d'information spécifique en regard de la santé et du bien-être. Leurs résultats permettent d'établir le nombre d'hommes homosexuels dans la population générale à environ 2 % à 3 % et celui des femmes homosexuelles à environ 1,5 % à 2 %. La population bisexuelle y est estimée à environ 3 %. La prévalence du nombre de gais et de lesbiennes est difficile à déterminer car une portion seulement, et non une majorité, des personnes qui ont des rapports homosexuels s'identifient comme gais et lesbiennes. Les recherches sur le sujet ont montré que les personnes homosexuelles identitaires sont minoritaires. Si on ajoute le critère « désirs » et le critère « identification de soi » pour déterminer l'orientation sexuelle, Laumann et ses collaborateurs arrivent à une proportion dans la population générale de 10 % chez les hommes et de près de 9 % chez les femmes. On note aussi dans ces études que les jeunes semblent plus réticents à déclarer leurs relations homosexuelles. Quant aux études non probabilistes, les enquêtes nord-américaines estiment la proportion d'hommes homosexuels entre 9 % et 11 %, alors que la proportion de femmes homosexuelles se situerait entre 4 % et 8 % (Dorais, 1993).

Peu d'enquêtes s'intéressent aux femmes homosexuelles et bisexuelles. Quelques explications sont avancées : l'urgence de la lutte à l'épidémie du sida a favorisé la recherche sur les hommes homosexuels et bisexuels plutôt que sur les femmes homosexuelles et bisexuelles. De plus, on invoque également un désintérêt scientifique et politique pour un groupe peu visible et peu puissant, dans un contexte social global où subsistent encore des inégalités entre les hommes et les femmes (Lhomond, 1997).

L'enquête actuelle offre une opportunité exceptionnelle de tracer un portrait sociodémographique d'un sous-groupe méconnu et de fournir des informations plus solides sur son état de santé et de bien-être. La publication des résultats présentés ici est en congruence avec les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, dans son document d'orientation publié en 1997, prescrivait à l'ensemble des intervenants du milieu sociosanitaire des changements d'attitude et de conduite envers les personnes homosexuelles, tout en reconnaissant l'insuffisance des données québécoises sur la réalité homosexuelle comme un frein à l'adaptation des services aux besoins de cette clientèle (MSSS, 1997).

Le présent chapitre poursuit deux objectifs. D'abord, il vise à estimer la prévalence des personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles dans la population québécoise de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles. Deuxièmement, il cherche à établir des comparaisons entre ces trois groupes de personnes selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, zone de résidence, état matrimonial de fait, situation de vie, niveau de revenu) et quelques comportements liés à la santé (usage de la cigarette, consommation d'alcool, perception de l'état de santé, temps écoulé depuis le dernier test de PAP), au bien-être (détresse psychologique, idées

suicidaires, parasuicides, soutien social) et à la sexualité (nombre de partenaires sexuels).

10.1 Aspects méthodologiques

10.1.1 Indicateurs

Les personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles ont été identifiées à partir de deux questions de la section XVI du questionnaire autoadministré (QAA) portant sur la sexualité.

Les réalités homosexuelles et bisexuelles sont multiples et nommées de plusieurs façons : personne homosexuelle ou bisexuelle, gai, lesbienne, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc. Chacune des dénominations correspond à une représentation de soi spécifique et peut être associée à une conception particulière de l'homosexualité ou de la bisexualité. En matière de sexualité, il existe un décalage ou des différences entre les désirs, les comportements et l'identité, d'où la difficulté inhérente aux recherches sur le sujet. Il est par ailleurs établi que les conduites sexuelles peuvent changer au cours d'une vie et que les combinaisons entre désirs, conduites et identités sont nombreuses. Dans la présente enquête, un seul critère a été retenu, celui des comportements sexuels déclarés au moment de l'enquête, afin de classifier les répondants comme hétérosexuels, homosexuels et bisexuels. Ce choix méthodologique correspond à ce qui a été fait antérieurement dans plusieurs recherches probabilistes sur la sexualité. La formulation de la question est semblable à celle utilisée dans des études similaires.

La section XVI du questionnaire commence avec le préambule suivant s'adressant aux personnes de 15 ans et plus : « Les prochaines questions sont délicates et parfois intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité. » La première question, « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles? » (QAA203), sert d'introduction. Si la réponse est « oui », la personne poursuit à la question 204 : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce... (1) toujours avec une personne de l'autre sexe, (2) toujours avec une personne du même sexe, (3) plus souvent avec une personne de l'autre sexe, (4) plus souvent avec une personne du même sexe, (5) aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? » (QAA204).

À partir de la question 204, un indice « orientation sexuelle » comportant trois catégories a été construit : la population des personnes dont les partenaires sexuels sont toujours de sexe différent, appelée ici hétérosexuelle, la population des personnes dont les relations sexuelles sont toujours avec des individus de même sexe, appelée ici homosexuelle, et le reste de la population, composée des personnes bisexuelles. Dans tous les cas, il s'agit des personnes de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles. Cette population dite de référence couvre environ 93 % de la population totale des 15 ans et plus. Cependant, la couverture n'est pas uniforme entre les groupes d'âge, les plus jeunes étant notamment moins bien couverts. Ainsi, lorsqu'on s'intéresse uniquement à ceux ayant eu des relations sexuelles, on étudie près de 74 % des 15-24 ans, environ 97 % des 25-64 ans et 95 % des 65 ans et plus. La population de référence compte environ 5 420 000 personnes contre 5 825 000 dans la population totale des 15 ans et plus.

10.1.2 Portée et limites des données

Les données proviennent de questionnaires autoadministrés; il s'agit là d'une méthode de collecte de données qui, entre toutes, induirait le plus faible taux de non-déclaration (Laumann et autres, 1994). Toutefois, la stigmatisation sociale de l'homosexualité peut quand même produire une sous-déclaration non négligeable. Cependant, le faible taux de non-réponse partielle de 1,3 % laisse croire qu'il n'y pas de biais notable dans les estimations des proportions produites. De plus, l'absence de référence à une période de temps dans la question 204 a fait en sorte que les répondants ont dû induire la signification des mots « toujours », « plus souvent » et « aussi souvent ». La présente enquête, utilisant un grand échantillon stratifié et pondéré, comporte malgré tout un sous-échantillon relativement petit de répondants homosexuels et bisexuels. Bien que les résultats obtenus ici soient uniques et présentent une forte validité, les don-

nées ne permettent pas toujours d'effectuer des analyses plus poussées ou des croisements avec d'autres variables, comme l'âge ou la provenance géographique.

Il est à noter qu'à cause de la conception du questionnaire autoadministré, l'analyse selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA207) porte uniquement sur les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. En conséquence, un certain nombre de répondants ayant déjà eu des relations sexuelles, mais sans pénétration, n'ont pas répondu à cette question.

10.2 Résultats

10.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Âge et sexe

Le tableau 10.1 présente la répartition selon l'orientation sexuelle en fonction du sexe et de l'âge. Près de 97 % de la population de référence déclare une orientation hétérosexuelle, 1,5 % une orientation homosexuelle et 1,3 % une orientation bisexuelle. Plus précisément, la proportion de la population étudiée déclarant des relations sexuelles toujours avec un partenaire de même sexe est d'environ 1,8 % chez les hommes et de 1,2 % chez les femmes, et celle des personnes ayant des partenaires sexuels des deux sexes est d'environ 1,3 % chez les hommes et de 1,2 % chez les femmes.

La proportion de personnes homosexuelles ou bisexuelles est sensiblement la même pour les différents groupes d'âge, et ce, aussi bien pour les hommes que les femmes, à l'exception du sous-groupe des 15-24 ans, chez lequel la proportion d'hommes déclarant avoir des relations sexuelles uniquement avec des personnes du même sexe est significativement inférieure à celle des autres groupes d'âge (0,6 % c. 1,5 à 2.2).

Tableau 10.1
Orientation sexuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998

	Hétérosexuelle		Homosexuelle		Bisexuelle	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Hommes						
15-24 ans	98,2	356	0,6**	2	1,1**	4
25-44 ans	96,8	1 096	2,2*	24	1,1*	12
45-64 ans	96,5	798	2,0*	17	1,5*	13
65 ans et plus	96,5	324	1,5**	5	2,1**	7
Total	**96,8**	**2 574**	**1,8**	**48**	**1,3**	**36**
Femmes						
15-24 ans	97,6	344	0,6**	2	1,8**	6
25-44 ans	97,6	1 100	0,9*	10	1,5*	17
45-64 ans	97,7	827	1,4*	12	1,0**	8
65 ans et plus	97,6	424	2,0**	9	0,5**	2
Total	**97,6**	**2 695**	**1,2**	**33**	**1,2**	**34**
Sexes réunis						
Total	**97,2**	**5 269**	**1,5**	**81**	**1,3**	**70**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Zone de résidence

L'examen des résultats pour la région « Montréal Est », c'est-à-dire la zone urbaine de Montréal située à l'est du boulevard St-Laurent, indique, chez les hommes, une proportion d'environ 5 % de personnes homosexuelles et de 2,3 % de personnes bisexuelles (données non présentées). Chez les femmes de cette même région, les proportions sont d'environ 3,5 % de personnes homosexuelles et de plus de 2 % de personnes bisexuelles (données non présentées). Rappelons toutefois que la taille de l'échantillon provenant de cette zone urbaine ne permet pas d'effectuer des analyses détaillées des caractéristiques des personnes de ce secteur.

État matrimonial de fait

Le tableau 10.2 traite de l'état matrimonial de fait. En général, les proportions de célibataires les plus élevées se retrouvent parmi les personnes homosexuelles et bisexuelles, chez les hommes comme chez les femmes. En effet, les données de l'enquête révèlent que proportionnellement plus d'hommes homosexuels que d'hommes hétérosexuels sont célibataires (50 % c. 23 %). La même tendance est notée chez les hommes bisexuels, avec 36 % de célibataires. Chez les femmes, les proportions de célibataires sont respectivement de 40 %, 53 % et 19 % parmi les homosexuelles, les bisexuelles et les hétérosexuelles.

Situation de vie

Comme l'indique le tableau 10.3, près de 40 % et environ 38 % respectivement des hommes et des femmes bisexuels vivent seuls comparativement à environ 12 % des hommes hétérosexuels et 13 % des femmes hétérosexuelles. La même tendance est notée chez les hommes et les femmes homosexuels, avec des proportions de personnes vivant seules de quelque 22 % et 27 % respectivement.

Niveau de revenu

Par ailleurs, l'enquête révèle une association entre le niveau de revenu et l'orientation sexuelle selon le sexe (tableau 10.4). Ainsi, il semble que la proportion de très pauvres soit légèrement plus élevée chez les homosexuels (environ 11 % des hommes et 16 % des femmes) et les bisexuels (à peu près 15 % des hommes et des femmes) comparativement à celle existant chez les hétérosexuels (environ 6 % des hommes et 7 % des femmes). Cependant, les données suggèrent aussi que le pourcentage d'hommes présentant un revenu supérieur semble plus élevé chez les Québécois homosexuels (23 %) que chez les Québécois hétérosexuels (13 %).

Tableau 10.2
État matrimonial de fait selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Marié	En union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
		%		
Hommes				
Hétérosexuelle	49,5	19,4	8,0	23,0
Homosexuelle	17,0*	27,7**	5,6**	49,8
Bisexuelle	18,4**	16,8**	28,7	36,1*
Total	**48,5**	**19,6**	**8,2**	**23,7**
Femmes				
Hétérosexuelle	47,5	18,5	15,4	18,5
Homosexuelle	24,1*	8,2**	27,9*	39,8*
Bisexuelle	18,8**	6,9**	21,4**	52,9
Total	**46,9**	**18,3**	**15,7**	**19,2**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.3
Situation de vie selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Vit seul	Vit avec un conjoint	Vit avec autre
	%		
Hommes			
Hétérosexuelle	12,3	68,7	19,0
Homosexuelle	22,0*	44,7	33,3*
Bisexuelle	40,1*	33,8*	26,1*
Total	**12,9**	**67,8**	**19,4**
Femmes			
Hétérosexuelle	13,4	65,8	20,7
Homosexuelle	26,9**	32,3*	40,8*
Bisexuelle	37,5*	25,7*	36,8*
Total	**13,9**	**64,9**	**21,2**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

10.2.2 Variations selon certains comportements individuels et autres déterminants de la santé

Usage de la cigarette et consommation d'alcool

On observe au tableau 10.5 une proportion plus grande de fumeurs de cigarette dans la population bisexuelle (50 %) que dans la population hétérosexuelle (35 %) et une tendance semblable chez les homosexuels (44 %). Le tableau 10.6 montre par ailleurs que la répartition des types de buveurs est à peu de chose près la même pour les différents groupes définis par l'orientation sexuelle. Cependant, les résultats présentés au tableau 10.7 montrent quant à eux que les femmes bisexuelles sont plus nombreuses, en proportion, que les hétérosexuelles à avoir déclaré s'être enivrées au cours d'une période de 12 mois (25 % c. 6 %). Chez les hommes, on observe une tendance semblable entre les homosexuels et les hétérosexuels. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence car l'ampleur des différences observées se situe au seuil de signification statistique.

Tableau 10.4
Niveau de revenu selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
			%		
Hommes					
Hétérosexuelle	5,6	8,9	31,9	40,9	12,8
Homosexuelle	10,6**	3,5**	34,3*	28,5*	23,1
Bisexuelle	15,3**	21,9**	28,3*	29,1*	5,4*
Total	**5,8**	**9,0**	**31,9**	**40,5**	**12,8**
Femmes					
Hétérosexuelle	6,9	11,3	32,6	38,2	11,2
Homosexuelle	15,5**	16,8**	29,1*	29,0*	9,6**
Bisexuelle	15,4**	28,9*	27,8*	20,7**	7,6**
Total	**7,1**	**11,6**	**32,5**	**37,8**	**11,1**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.5

Usage de la cigarette selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Non-fumeur	Fumeur
	%	
Hétérosexuelle	64,7	35,3
Homosexuelle	56,1	43,9
Bisexuelle	50,2	49,8
Total	**64,4**	**35,6**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.6

Type de buveur selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Abstinent	Ancien buveur	Buveur actuel
		%	
Hommes			
Hétérosexuelle	5,5	6,8	87,8
Homosexuelle et bisexuelle	5,6**	9,5**	85,0
Total	**5,5**	**6,8**	**87,7**
Femmes			
Hétérosexuelle	14,9	5,1	80,1
Homosexuelle et bisexuelle	18,4*	5,4**	76,2
Total	**14,9**	**5,1**	**80,0**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.7

Nombre de fois enivré au cours d'une période 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Aucune	De une à quatre fois	Cinq fois et plus
		%	
Hommes			
Hétérosexuelle	58,0	28,3	13,7
Homosexuelle	42,6	36,2*	21,2*
Bisexuelle	46,9*	38,9*	14,2**
Total	**57,6**	**28,6**	**13,8**
Femmes			
Hétérosexuelle	73,5	20,3	6,2
Homosexuelle	66,0	26,4**	7,6**
Bisexuelle	41,4*	33,5**	25,1**
Total	**73,0**	**20,5**	**6,5**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois

Du côté des comportements sexuels, le tableau 10.8 indique qu'environ 11 % des hommes hétérosexuels déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, alors que chez leurs vis-à-vis homosexuels la proportion est d'à peu près 26 %. Chez les hommes bisexuels, la tendance est la même avec une proportion qui est d'environ 22 %. Chez les femmes, la proportion de la population ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la même période est de 8 % chez les hétérosexuelles et de 21 % chez les bisexuelles. Par ailleurs, chez les femmes, la proportion déclarant n'avoir eu aucun partenaire au cours d'une période de 12 mois est plus importante chez les homosexuelles (51 %) que chez les hétérosexuelles (19 %).

Tableau 10.8

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
		%	
Hommes			
Hétérosexuelle	13,7	75,1	11,2
Homosexuelle	29,6*	44,3	26,1*
Bisexuelle	23,9**	54,4	21,7**
Total	**14,1**	**74,3**	**11,6**
Femmes			
Hétérosexuelle	19,3	72,8	7,9
Homosexuelle	50,6*	45,3*	4,1**
Bisexuelle	22,0**	56,8	21,2**
Total	**19,6**	**72,4**	**8,0**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Temps écoulé depuis le dernier test de PAP

Les résultats du tableau 10.9 concernent la période de temps que les femmes ont laissé s'écouler depuis leur dernier test de PAP. Ainsi, 68 % des femmes hétérosexuelles se sont soumises à ce test au cours d'une période de deux ans, alors que cette proportion

est de 52 % chez les femmes homosexuelles et bisexuelles.

Tableau 10.9
Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'orientation sexuelle, population féminine de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Deux ans et moins	Plus de deux ans ou jamais	Ne sait pas
	%		
Hétérosexuelle	68,4	28,2	3,5
Homosexuelle et bisexuelle	51,7	38,5	9,8**
Total	**68,0**	**28,4**	**3,6**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.10
Indice de soutien social selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Faible	Élevé
	%	
Hommes		
Hétérosexuelle	21,7	78,3
Homosexuelle	32,6*	67,4
Bisexuelle	38,6*	61,4
Total	**22,2**	**77,8**
Femmes		
Hétérosexuelle	17,2	82,8
Homosexuelle	24,1*	75,9
Bisexuelle	31,1*	68,9
Total	**17,5**	**82,5**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Soutien social

Les hommes bisexuels sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un bon soutien social que leurs pairs hétérosexuels (tableau 10.10) et cette tendance est aussi notée chez les hommes homosexuels. Ainsi, respectivement 33 % et 39 % des hommes homosexuels et bisexuels ont un faible niveau à l'indice de soutien social comparativement à environ 22 % des hommes hétérosexuels. Chez les femmes, près de 31 % de la population bisexuelle a un faible niveau à l'indice de soutien social comparativement à environ 17 % des femmes hétérosexuelles.

De plus, comparativement aux hommes hétérosexuels, les hommes homosexuels et bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à déclarer n'avoir aucune personne pouvant les aider au besoin (respectivement 4,3 % c. 11 % et 13 %) (tableau 10.11). Chez les femmes, aucune association n'a été constatée. Cependant, de façon globale, les hommes homosexuels et bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir aucune personne pouvant les aider au besoin que les femmes ayant la même orientation sexuelle.

Tableau 10.11
Nombre de personnes pouvant aider au besoin selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Aucune	Une	Deux	Trois et plus
	%			
Hommes				
Hétérosexuelle	4,3	13,0	24,5	58,3
Homosexuelle	11,4**	10,9**	17,8*	59,9
Bisexuelle	13,1**	17,3**	22,5*	47,2
Total	**4,5**	**13,0**	**24,3**	**58,2**
Femmes				
Hétérosexuelle	2,6	11,6	23,9	62,0
Homosexuelle	1,6**	11,1**	31,4*	55,9
Bisexuelle	8,2**	13,5**	21,8**	56,6
Total	**2,6**	**11,6**	**23,9**	**61,9**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

10.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

Bien que les résultats ne permettent pas de détecter de différence significative entre les trois catégories de l'orientation sexuelle et la perception de l'état de santé, une tendance est observée à l'effet que les hommes qui font partie de la population hétérosexuelle seraient plus nombreux que les hommes appartenant aux autres populations, à qualifier leur santé de façon positive. En effet, environ 90 % des hommes hétérosexuels perçoivent leur état de santé comme étant excellent, très bon ou bon comparativement à 84 % chez les hommes homosexuels et à 83 % chez les hommes bisexuels (tableau 10.12).

Tableau 10.12
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Excellent, très bon ou bon	Moyen ou mauvais
	%	
Hommes		
Hétérosexuelle	90,0	10,0
Homosexuelle	84,0	16,0**
Bisexuelle	82,7	17,3**
Total	**89,8**	**10,2**
Femmes		
Hétérosexuelle	88,8	11,2
Homosexuelle	84,9	15,1**
Bisexuelle	86,0	14,0**
Total	**88,7**	**11,3**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Détresse psychologique

La détresse psychologique est liée à l'orientation sexuelle. Comme l'indiquent les données du tableau 10.13, environ 17 % des hommes hétérosexuels se situent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, une proportion sensiblement inférieure à celle déclarée par les hommes homosexuels (29 %) et plus faible que celle obtenue par les bisexuels (36 %). Par ailleurs, à peu près 41 % des femmes bisexuelles sont au niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique, comparativement à environ 21 % des femmes homosexuelles et 23 % des femmes hétérosexuelles.

Tableau 10.13
Indice de détresse psychologique selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Bas à moyen	Élevé
	%	
Hommes		
Hétérosexuelle	83,4	16,6
Homosexuelle	71,4	28,6*
Bisexuelle	64,2	35,8*
Total	**83,0**	**17,0**
Femmes		
Hétérosexuelle	77,4	22,6
Homosexuelle	78,6	21,4**
Bisexuelle	59,0	41,0*
Total	**77,2**	**22,8**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Idées suicidaires et parasuicides

Comme l'indique le tableau 10.14, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires varie selon l'orientation sexuelle. La proportion de la population hétérosexuelle qui a eu des idées suicidaires est de 3,8 %, alors qu'elle est d'environ 11 % dans la population bisexuelle. Le tableau 10.15 rapporte les données concernant les parasuicides (tentatives de suicide) au cours d'une période de 12 mois. Les résultats sont plus nuancés, bien qu'on observe chez les personnes bisexuelles une plus grande proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide que chez leurs vis-à-vis hétérosexuels (4,2 % c. 0,5 %).

Tableau 10.14
Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	%
Hétérosexuelle	3,8
Homosexuelle	6,6**
Bisexuelle	10,8**
Total	**3,9**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 10.15
Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	%
Hétérosexuelle	0,5*
Homosexuelle	1,2**
Bisexuelle	4,2**
Total	**0,5**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, à l'instar d'autres études probabilistes, estiment la proportion des personnes homosexuelles et bisexuelles à environ 3 % de la population québécoise. La proportion des femmes déclarant avoir des relations sexuelles seulement avec des femmes est d'environ 1,2 % tandis que près de 1,8 % des hommes disent avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes. La bisexualité paraît aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, soit autour de 1,2 %. Il faut souligner que ces pourcentages sont obtenus à partir d'une question portant uniquement sur les comportements sexuels et qu'ils ne prennent pas en compte les désirs ni les identités homosexuelles ou bisexuelles.

Certaines caractéristiques sociodémographiques distinguent la population hétérosexuelle des populations homosexuelle et bisexuelle. L'enquête laisse voir une tendance connue selon laquelle une proportion plus grande de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules. Par rapport à la population hétérosexuelle, malgré une proportion plus grande d'hommes homosexuels bénéficiant d'un revenu supérieur, on retrouve des proportions légèrement plus élevées de personnes homosexuelles et bisexuelles dans la catégorie des très pauvres, un résultat qui, allant à l'encontre de plusieurs écrits sur la réalité économique des personnes homosexuelles, nous amène à relativiser l'image véhiculée d'une plus grande aisance financière des gais et lesbiennes.

Concernant l'usage de la cigarette, la population bisexuelle fume en plus grande proportion que la population hétérosexuelle, une tendance semblable s'établissant chez les homosexuels. Par ailleurs, ces populations ne se distinguent pas clairement quant à la consommation d'alcool, à l'exception des femmes bisexuelles, nettement plus nombreuses, en proportion, à rapporter s'être enivrées plus de cinq fois au cours d'une période d'un an. Ces résultats vont dans le même sens que les études qui, tout en indiquant qu'il n'y a globalement pas de problème particulier de consommation d'alcool chez les personnes homosexuelles, suggèrent que les femmes bisexuelles auraient une propension plus grande à s'enivrer (voir Lacouture, 1998, pour une revue des écrits). Par ailleurs, une proportion plus grande d'hommes homosexuels et bisexuels a eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois. Chez les femmes, les personnes bisexuelles semblent plus nombreuses à avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la même période.

Chez les personnes homosexuelles et bisexuelles, qui ont tendance à vivre plus souvent seules, le soutien social semble également plus faible que dans le reste de la population, et ce, particulièrement pour les hommes bisexuels, chez lesquels on compte une proportion plus élevée d'hommes n'ayant aucune personne pouvant les aider au besoin. Les idées suicidaires sont proportionnellement plus fréquentes chez les personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle. Les résultats tendent également à démontrer un taux plus élevé de parasuicides chez les bisexuels.

Les hommes homosexuels et bisexuels ont aussi tendance à se percevoir en moins bon état de santé que les autres. La situation des femmes homosexuelles est quelque peu différente. Chez elles, la perception de l'état de santé n'est pas significativement liée à l'orientation sexuelle, pas plus que le nombre de personnes pouvant les aider au besoin. Par ailleurs, les femmes homosexuelles et bisexuelles ont nettement moins fréquemment recours au test de PAP.

Les femmes bisexuelles se distinguent en se situant à un niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social.

Les résultats de l'enquête montrent plusieurs difficultés : isolement, idées suicidaires, parasuicides, détresse psychologique. Ces données justifient de pousser plus avant l'étude de la relation entre l'orientation sexuelle et l'état de santé en allant bien au-delà des comportements sexuels. Chez les hommes homosexuels, on constate un soutien social plus faible et l'absence plus fréquente de personnes pouvant les aider au besoin, des indicateurs méritant des études plus approfondies. L'intégration sociale est reconnue comme un facteur de protection de la santé et de bien-être; nous devons par conséquent mieux connaître les réseaux sociaux des personnes homosexuelles et bisexuelles. La recherche devrait également pousser plus loin les connaissances sur la construction d'une identité positive de la population homosexuelle et bisexuelle. On doit améliorer nos connaissances du processus d'intégration de l'orientation homosexuelle chez les personnes qui se sont bien adaptées à cette réalité. Ces résultats soulèvent de nombreuses questions. Malgré une société plus ouverte face à l'homosexualité et à la bisexualité, quels sont les stress particuliers et les événements reliés au processus d'actualisation de l'homosexualité ou de la bisexualité? Ce processus varie-t-il selon l'âge? Selon le milieu urbain, rural ou selon le statut socioéconomique? Comment prendre en compte l'orientation sexuelle dans les interventions auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles qui font plus souvent des tentatives de suicide? De même, le recours aux services préventifs des femmes homosexuelles et bisexuelles et la situation plus difficile des femmes bisexuelles méritent un examen attentif. Il faut aussi s'interroger sur la façon dont ces connaissances peuvent être intégrées à la formation et à la pratique des intervenants. Finalement, des analyses plus poussées du lien entre pauvreté et homosexualité devraient être entreprises afin de mieux identifier les groupes les plus vulnérables.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* viennent fournir une assise pour identifier les priorités d'intervention au Québec et suggérer des pistes plus solides de recherche qui doivent tenir compte des spécificités des hommes et des femmes vivant l'homosexualité et la bisexualité. Ces résultats apportent aux concepteurs de politiques sectorielles – particulièrement celles concernées par le suicide et la santé mentale – des données qui justifient d'accorder à la clientèle des personnes homosexuelles et bisexuelles plus d'attention, en prenant en considération ses problèmes d'adaptation et de santé. Il faut constater la nécessité de poursuivre la mise en œuvre des orientations ministérielles pour adapter les services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles.

Bibliographie

BERTHELOT, P. (1995). *Jeunes homosexuels masculins : rapport d'une recension d'écrits*, Québec, Équipe de recherche CQRS sur les MTS et le SIDA et Centre de santé publique de Québec, 81 p.

BONNEAU, M. (1998). « L'affirmation des lesbiennes en milieu régional : une visibilité problématique » dans DEMCZUK, I. (sous la direction de), *Des droits à reconnaître, Les lesbiennes face à la discrimination*, Montréal, les Éditions du remue-ménage, p. 167-192.

BRYAN, R., et J. Y. FRAPPIER (1993) « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes », *Le médecin du Québec*, vol. 28, n° 9, p. 71-76.

CHAMBERLAND, L. (1995). « Les enquêtes sur les populations gaies et lesbiennes ou le mirage d'un objet d'étude pré-existant au regard neutre – mais bienveillant – du chercheur ou de la chercheuse », *Bulletin du GIREHS*, vol. 1, n° 2, p. 5-6.

CLERMONT, M. (1996). *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p. (Études et analyse).

DEMCZUK, I. (1994). « À l'ombre du grand frère : être lesbienne, une réalité méconnue », Association pour la santé publique du Québec, *Actes du Forum sur la santé gaie : au-delà de l'orientation sexuelle, l'individu*, Montréal, 27 et 28 octobre, p. 11-20.

DORAIS, M. (1993). « L'homosexualité : revue et non corrigée », *Le médecin du Québec*, vol. 28, n° 9, p. 27-39, (1996).

JALBERT, Y. (1998). *Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez de jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal*, Université de Montréal, Faculté de médecine sociale et préventive, thèse de doctorat.

JAMES, T., et H. PLATZER (1999). « Ehtical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians' and gay men, experiences of health care – a personal perspective », *Nursing Ethics*, vol. 6, n° 1.

LACOUTURE, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, 32 p.

LAUMANN, E., et autres (1994). *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.

LHOMOND, B. (1997). « Le sens de la mesure; le nombre d'homosexuels dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire », *Sociologie et sociétés*, vol. XXIX, n° 1, p. 61-69.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations ministérielles : l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Québec, Gouvernement du Québec.

NOËL, R., et autres (1999). « Living bi and at risk: mapping bisexual's contact with HIV prevention efforts », communication présentée à AIDS Impact, Ottawa, juillet.

O'HANLAN, K. (1998). « Les lesbiennes et les bisexuelles, Une remise en question de nos présomptions hétérosexistes », *Le médecin de famille canadien*, vol. 44, p. 1572-1574.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1999). *Étude sur les attentes des usagers en provenance des communautés gaie et lesbienne et des femmes victimes de violence à l'égard des services sociaux, Rapport d'analyse*, 111 p.

Chapitre 11

Divers comportements de santé propres aux femmes

Denise Donovan
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Lise Dunnigan
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Vézina
Centre d'expertise en dépistage
Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Les comportements de santé propres aux femmes qui font l'objet du présent chapitre sont liés à trois types de besoins, c'est-à-dire ceux de nature préventive, ceux associés au traitement de symptômes et ceux qui allient ces deux types de besoins. Il est important de préciser qu'on s'est ici limité à trois aspects des divers comportements de santé propres aux femmes, soit ceux liés au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus de même qu'à la prise de médicaments hormonaux.

Les comportements préventifs examinés sont essentiellement le dépistage du cancer du sein par l'auto-examen des seins, l'examen clinique effectué par un professionnel de la santé ainsi que la mammographie et le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cytologique (test de PAP ou *Papanicolaou*). L'auto-examen des seins est un comportement qui dépend largement de la volonté des femmes, tandis que l'examen des seins réalisé par un professionnel de la santé, la mammographie et le test de PAP sont davantage liés à l'accès aux services de santé. L'hormonothérapie substitutive (HTS), quant à elle, permet de soulager certains symptômes liés à la transition ménopausique, c'est-à-dire la période où apparaissent les premiers signes précédant l'arrêt définitif des menstruations, et apporte certains bénéfices en matière de prévention des maladies cardiovasculaires et de l'ostéoporose. Enfin, la consommation de contraceptifs oraux (CO) est l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir une grossesse non désirée et diminuer le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ainsi, pour la compréhension des lecteurs, les comportements préventifs en regard des cancers du sein et du col de l'utérus seront traités dans un premier temps, alors que l'utilisation des médicaments à teneur hormonale sera abordée par la suite.

Le cancer est l'un des 19 problèmes prioritaires définis dans la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Il constitue également une priorité nationale de santé publique (MSSS, 1997). Un programme national de lutte contre le cancer est en voie d'implantation (Comité consultatif sur le cancer, 1997). Ce dernier émet, entre autres, des recommandations sur le dépistage et le traitement du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Le dépistage du cancer du sein par mammographie permettrait de réduire la mortalité de près de 40 %, si certaines conditions étaient réunies. On encourage aussi le dépistage du cancer du col de l'utérus, pour lequel le dépistage par le test de PAP permettrait une réduction de 60 % de la mortalité (Miller, 1992).

Cancer du sein

Chez les femmes, outre le cancer du poumon, le cancer du sein est celui qui entraîne le plus grand nombre de décès. Les données de Santé Canada indiquent qu'une femme sur neuf, au Canada, sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie, la probabilité de le développer variant en fonction de l'âge (Santé Canada, 1998). Si l'on regarde la répartition des cancers du sein en fonction de l'âge, on constate que 22 % des cas surviennent chez les femmes de moins de 50 ans, 44 % chez les femmes de 50 à 69 ans et 34 % chez les femmes de 70 ans et plus (Santé Canada, 1998). Toujours selon Santé Canada, l'incidence du cancer du sein chez les Québécoises a augmenté au cours des dix dernières années, bien qu'on remarque que, globalement, le Québec présente un taux d'incidence du cancer du sein parmi les plus bas au Canada. En 1998, cette forme de cancer demeure toutefois la plus souvent diagnostiquée chez les femmes du Québec (Santé Canada, 1998).

Alors que l'incidence du cancer du sein augmente au Québec et au Canada, la mortalité, quant à elle, a légèrement diminué depuis 1985, en particulier depuis 1990. Statistique Canada estime que les taux de mortalité par cancer du sein, au Canada, sont passés de 31,3 pour 100 000 en 1990 à 27,9 pour 100 000 en 1998 (Santé Canada, 1998). De façon similaire, cette tendance à la baisse du taux de mortalité s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Suède et en Australie (Santé Canada, 1998).

« Au Québec, pour les cas déclarés de cancer du sein entre 1984 et 1986, la survie relative à cinq ans s'établit à 73 %, ce qui est comparable à celle observée dans la plupart des pays et des autres provinces. » (MSSS, 1996)

Comme il est encore impossible de prévenir la survenue du cancer du sein, en raison des facteurs de risque qui sont difficilement modifiables et de la méconnaissance des causes de cette forme de cancer, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes et de plusieurs pays, a choisi de mettre sur pied un programme de dépistage du cancer du sein. Cette mesure a pour but d'intervenir le plus précocement possible en identifiant la tumeur alors qu'elle est à ses premiers stades de développement et pouvoir ainsi modifier l'évolution de la maladie. Appliqué à de grandes populations, ce dépistage peut réduire la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Ce programme de dépistage contribue à mettre en œuvre la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992, dans laquelle le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose de réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein d'ici l'an 2002. Toutefois, la réduction de la mortalité semble conditionnelle à la mise en place de certaines conditions très précises, telles que des mécanismes de contrôle de la qualité de l'équipement utilisé pour réaliser les mammographies et des taux de participation de la population visée par le programme de près de 70 %. Lorsque ces conditions sont réunies, on peut observer une diminution de la mortalité allant jusqu'à 40 % après une période de sept à dix ans, toujours chez les femmes ciblées par le programme (MSSS, 1996). Par ailleurs, le chapitre portant sur le dépistage du cancer du sein du *Guide canadien de médecine clinique préventive* de 1994 (Morrison, 1994) recommande de réaliser la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. Toutefois, étant donné l'incertitude entourant l'intervalle optimal à recommander entre deux mammographies de dépistage, incertitude qui subsistait dans la littérature scientifique au moment de publier le guide, le groupe d'étude recommandait le maintien du dépistage annuel (Morrison, 1994). Dans ce cadre, l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente un outil privilégié d'évaluation de la couverture par mammographie non seulement chez les Québécoises visées par le programme, mais aussi chez celles pour qui des controverses subsistent dans la littérature.

En ce qui concerne l'auto-examen des seins (AES), les évidences semblent moins fermes. En effet, certains « considèrent que la promotion de l'AES doit viser la même population que le dépistage par mammographie tandis que d'autres soutiennent que

l'AES s'inscrit dans l'optique d'une mesure de santé globale [...] » (Messely, 1995). À la lumière de la littérature scientifique actuelle, il semble que l'AES doive être réalisé dans une optique de bonne pratique de santé et surtout dans la perspective d'une approche globale de lutte au cancer du sein. Malgré le fait que l'AES ne soit pas reconnu comme un examen de dépistage et qu'il ne puisse donc pas remplacer la mammographie, il semble qu'il contribue à identifier des tumeurs qui, autrement, sont diagnostiquées tardivement encore trop souvent. Toutefois, la définition de la clientèle à laquelle doit s'adresser l'AES ne fait pas l'unanimité. En effet, le guide portant sur l'examen médical périodique de 1994 (Morrison, 1994) indique que les données sont insuffisantes pour conclure à l'amélioration de la survie par la pratique de l'AES.

L'examen clinique des seins (ECS) réalisé par un professionnel de la santé est reconnu quant à lui comme un outil permettant de détecter des masses au sein, mais il ne peut pas, à lui seul, remplacer la mammographie. Par ailleurs, dans un contexte de pratique clinique individuelle lors des rencontres régulières avec le médecin traitant, et surtout dans le cadre d'une approche globale de lutte au cancer du sein, l'ECS apparaît comme un excellent moyen de suivi des femmes entre les mammographies. Ainsi, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique recommande que l'examen clinique des seins soit fait chez toutes les femmes de 50 à 69 ans dans le cadre d'un examen annuel. Il identifie le médecin traitant comme étant le responsable de sa réalisation en tant qu'intervenant de première ligne (Moreault, 1995; Morrison, 1994).

Cancer du col de l'utérus

Au Canada, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué au cours des dernières décennies, passant de 12,3 par 100 000 en 1985 à 9,2 par 100 000 en 1995. On remarque que le Québec présente un taux d'incidence du cancer du col de l'utérus parmi les plus bas au Canada. Le nombre estimé de nouveaux cas au Québec en 1998 a été de 280, soit 1,8 % de tous les nouveaux cancers. Quant à la mortalité par cancer du col de l'utérus, le nombre estimé de décès au Québec en 1998 est de 80 femmes, soit 1,1 % du nombre de décès dus à tous les types de cancers. Sur le plan canadien, les données de la Société canadienne du cancer montrent que la mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué au cours des dernières décennies, tout comme l'incidence (Institut national du cancer du Canada, 1998).

À ce jour, deux moyens efficaces pour prévenir le cancer du col sont connus, à savoir le comportement sexuel sain chez la femme et chez ses partenaires sexuels et le dépistage par le test de PAP. C'est dans cette optique que le Programme québécois de lutte contre le cancer recommande l'élaboration et la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus (Comité consultatif sur le cancer, 1997).

Consommation de médicaments hormonaux

Les femmes sont susceptibles de consommer des hormones durant de longues périodes au cours de leur vie. Elles y ont recours pour éviter une grossesse, pour résoudre des problèmes gynécologiques ou de fertilité ou encore pour prévenir ou traiter les problèmes reliés à la ménopause. Ces médicaments ont des effets souhaitables pour ce qui est de la prévention ou du traitement de divers symptômes, mais peuvent également augmenter les risques d'apparition d'autres problèmes de santé. Les connaissances scientifiques à ce chapitre sont encore limitées et souvent contradictoires, et les pratiques évoluent rapidement. Il est donc important de connaître la fréquence et l'évolution du recours à ce type de médicaments et de connaître les facteurs qui y sont associés. L'*Enquête sociale et de santé* constitue la principale source de données permettant d'observer l'évolution du recours aux contraceptifs oraux et à l'hormonothérapie substitutive chez les Québécoises.

Contraceptifs oraux

Les pratiques contraceptives dans la population adulte au Québec sont dans l'ensemble peu documentées. Le recours aux contraceptifs oraux au Canada a été traité dans l'enquête canadienne sur la contraception de 1995 (Boroditsky et autres, 1996). Pour la première fois depuis deux décennies, on y observait que la contraception orale avait dépassé la stérilisation comme moyen de contraception le plus fréquemment utilisé chez les femmes de 15 à 44 ans. Ainsi, 30 % des Canadiennes de ce groupe d'âge utilisent les contraceptifs oraux, tandis que 25 % mentionnent la stérilisation masculine ou féminine comme moyen de contraception. Parmi l'ensemble des adolescentes canadiennes non mariées de 15 à 17 ans, 23 % ont recours aux contraceptifs oraux alors que 65 % n'utilisent aucun moyen contraceptif. Une analyse récente des données de l'*Enquête canadienne sur la fertilité* de 1984 et de l'*Enquête sociale générale de 1995* pour les femmes de 18 à 49 ans a montré que le recours à la contraception sous toutes ses formes est passé de 69 % à 60 % au cours de cette période (Martin et Wu, 2000).

L'utilisation des contraceptifs oraux chez les Québécoises tend à diminuer depuis la fin des années 70, surtout chez les femmes de 25 ans et plus. On remarque par ailleurs une augmentation continue du taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les Québécoises (Rochon, 1999a). En 1997, un peu plus de 30 000 Québécoises ont subi une IVG, ce qui témoigne généralement d'un échec des pratiques contraceptives (Rochon, 1999a).

Toujours en 1997, près de 3 800 grossesses ont été observées chez des adolescentes de moins de 18 ans, soit un taux de 19,8 pour 1 000 (Rochon, 1999b), alors que l'objectif poursuivi dans les politiques québécoises est de 15 pour 1 000 (MSSS, 1993; MSSS, 1995). Les deux tiers de ces grossesses (environ 2 500) ont donné lieu à une IVG. À l'exception des fausses couches et des grossesses ectopiques, les autres grossesses survenues chez des adolescentes ont été menées à terme; cependant, les conditions de vie de ces jeunes mères et de leurs enfants, qui se trouvent souvent démunis au plan socioéconomique, suscitent de nombreuses préoccupations, qui sont notamment exposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997).

L'usage des contraceptifs oraux (CO) diminue le risque de cancer des ovaires et de l'endomètre (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC], 1998a). Il est statistiquement associé à un risque plus élevé de cancer du col de l'utérus, mais cette augmentation semble plutôt attribuable à d'autres facteurs de risque présents chez les utilisatrices de CO (âge aux premières relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels, tabagisme). On note également une augmentation relative des cas de cancer du sein, lesquels sont cependant assez rares dans ce groupe d'âge. Notons enfin qu'en 1994, le consensus médical a cessé de considérer le seul fait d'avoir 35 ans comme une contre-indication à l'utilisation de contraceptifs oraux. Cependant, la restriction est maintenue dans le cas des fumeuses appartenant à ce groupe d'âge, car la consommation combinée de tabac et de contraceptifs oraux entraîne une importante hausse des risques de maladies cardiovasculaires.

Hormones à la ménopause

L'augmentation du nombre de femmes âgées de 50 ans et plus dans les prochaines années confère un intérêt grandissant aux questions entourant la ménopause et les effets de l'hormonothérapie substitutive (HTS) sur l'état de santé et l'espérance de vie.

À la suite de l'évolution des connaissances et du développement continuel de nouveaux produits hormonaux, une partie du corps médical semble manifester une attitude de plus en plus favorable à l'HTS à l'approche de la ménopause pour la plupart des femmes (SOGC, 1998b). Ce phénomène a pu contribuer à la hausse de la consommation d'hormones chez les femmes de 45 à 64 ans. Cette tendance a déjà été notée entre l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (22 % en 1987 c. 29 % en 1992-1993).

L'HTS s'avère bénéfique non seulement pour soulager à court terme certains symptômes et malaises reliés à la transition ménopausique, mais aussi pour diminuer les risques d'ostéoporose et de fracture de la hanche ou de la colonne après au moins sept ans d'utilisation (SOGC, 1998b). Plus de 70 % de toutes les fractures chez les personnes de 45 ans et plus sont dues à l'ostéoporose, et les femmes sont deux fois plus exposées à ce type de fracture que les hommes. Les fractures de la hanche, en particulier, entraînent souvent une perte importante d'autonomie et parfois le décès. Plusieurs études ont aussi montré que l'HTS diminue de 40 % à 50 % le risque de maladies cardiovasculaires, bien que cet effet fasse maintenant l'objet de controverses et que les recherches se poursuivent pour mieux documenter cet impact favorable (Légaré et Moreau, 2000; Fitzpatrick et autres, 2000). Parmi les effets négatifs démontrés, on note un légère augmentation des risques de cancer du sein (après plus de cinq ans d'utilisation), de thrombo-embolie veineuse et de troubles hépatiques. Les œstrogènes utilisés seuls (sans progestatifs) augmentent le risque de cancer de l'endomètre. Au fil des années, on constate que plusieurs controverses persistent à mesure que de nouvelles études font avancer les connaissances à ce sujet. Il demeure cependant que les avantages et les risques de l'HTS ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes et varient selon plusieurs facteurs, dont la composition hormonale, la durée du traitement et l'âge auquel il débute, le profil de risque individuel à l'égard des maladies cardiovasculaires, du cancer du sein, du cancer de l'endomètre et des fractures de la hanche.

La pratique des comportements de nature préventive varie d'un groupe de femmes à l'autre en fonction de facteurs socioéconomiques et démographiques. L'objet du présent chapitre est donc de circonscrire les variations de comportement sanitaire selon les facteurs de risque connus, à savoir l'âge et le statut social indiqué par la scolarisation et le niveau de revenu. Par le fait même, les intervenants du réseau de la santé pourraient utiliser ces résultats et ajuster, si nécessaire, leurs stratégies de recrutement et ainsi être en mesure d'augmenter la participation de façon équitable à travers la population québécoise. Par ailleurs, les résultats de la présente enquête devraient également permettre d'affirmer si certaines tendances se dessinent entre les trois enquêtes de santé, soit celle de 1987, celle de 1992-1993 et la dernière effectuée en 1998.

Les résultats présentés devraient permettre d'établir la proportion de femmes de 15 ans et plus qui pratiquent les comportements jugés préventifs à l'égard du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, de décrire les tendances entre les trois enquêtes et de faire ressortir certaines caractéristiques sociodémographiques (scolarité, revenu, groupe ethnique) qui pourraient influencer la pratique des comportements préventifs.

En ce qui concerne les contraceptifs oraux, le présent chapitre a pour objectif d'établir la proportion de femmes de 15 à 44 ans qui en consomment, de décrire les tendances entre les trois enquêtes ainsi que les variations observées en fonction de l'âge, de l'activité sexuelle, de l'usage du tabac et de certaines caractéristiques sociodémographiques (scolarité relative, revenu, groupe ethnoculturel), et ce, en accordant une attention particulière aux adolescentes.

La consommation d'hormones à la ménopause et le statut ménopausique perçu des femmes de 15 ans et plus seront décrits selon le groupe d'âge. La consommation d'hormones sera aussi analysée selon le motif déclaré, la scolarité relative et le revenu. Enfin, les tendances observées entre les enquêtes seront présentées.

Finalement, les associations entre le recours aux médicaments hormonaux et les différentes formes de dépistage de cancers féminins seront aussi analysées.

11.1 Aspects méthodologiques

Tous les aspects abordés dans le présent chapitre proviennent de la section XIII - La santé des femmes du questionnaire autoadministré (QAA) qui a été remis aux femmes de 15 ans et plus.

11.1.1 Indicateurs

À l'exception du dépistage précoce, il existe à l'heure actuelle peu d'approches reconnues comme étant efficaces en matière de prévention du cancer du sein. Les trois principales méthodes préconisées pour le dépistage du cancer du sein sont l'auto-examen des seins (AES), l'examen clinique (ECS) et la mammographie. L'enquête fournit des renseignements sur l'ampleur du recours à ces différentes formes de dépistage, soit sur la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'AES (QAA187) et sur le temps écoulé depuis le dernier ECS (QAA186) et la dernière mammographie (QAA188 et QAA189). Quant au cancer du col de l'utérus, l'enquête fournit des renseignements sur le recours au prélèvement cervical couramment appelé test de PAP. Plus précisément, l'enquête permet de connaître le temps écoulé depuis le dernier examen de dépistage du cancer du col de l'utérus pour chacune des Québécoises (QAA185).

La question QAA184 a permis de déterminer le nombre de femmes enceintes. Ces dernières représentent environ 3 % des femmes de 15 à 44 ans. La proportion est un peu plus élevée chez celles de 20 à 34 ans, soit environ 6 % (données non présentées). Ces femmes sont incluses au dénominateur dans l'analyse des réponses à la question sur les contraceptifs oraux, comme ce fut le cas lors des deux enquêtes précédentes. La consommation de contraceptifs oraux pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison est traitée à la question QAA190.

Le recours à l'hormonothérapie substitutive est traité aux questions QAA191 et QAA192. La première demande aux femmes si elles prennent des hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à ménopause, alors que la deuxième leur demande si elles prennent des hormones pour une autre raison. La question QAA193 permet enfin d'identifier les femmes qui sont en transition ménopausique ou qui se disent déjà ménopausées.

11.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Dans le cadre de l'analyse des questions de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, relativement à la prévention du cancer du sein, il a été convenu de modifier les regroupements d'âge utilisés dans les enquêtes antérieures, et ce, afin de tenter de mettre en relief les effets de la mise en place récente du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. L'analyse des données pour le dépistage du cancer du col de l'utérus a aussi été modifiée de cette façon. Ainsi, les données en fonction des caractéristiques d'âge des Québécoises seront présentées selon le découpage suivant : 15-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-69 ans et 70 ans et plus. Cette nouvelle stratification a pu être réalisée du fait que le libellé des questions relatives aux cancers du sein et du col de l'utérus est demeuré le même d'une enquête à l'autre.

Pour ce qui est des médicaments hormonaux, le libellé de la question QAA190 portant sur les contraceptifs oraux est demeuré le même que dans les enquêtes précédentes. Les deux questions portant sur la consommation d'hormones (QAA191 et QAA192) remplacent l'unique question posée à ce sujet lors des deux enquêtes précédentes, dans lesquelles cette question englobait la consommation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la transition ménopausique ou pour d'autres raisons. La consommation spécifiquement reliée aux symptômes de la transition ménopausique a donc pu être mesurée cette fois par la QAA191. La question QAA193, qui porte sur le statut ménopausique, n'a pas été posée en 1992-1993; une question portant sur le même sujet avait été posée en 1987 mais sous un libellé différent, ce qui empêche toute comparaison.

11.1.3 Portée et limites des données

La question portant sur la mammographie (QAA188) ne permet pas de distinguer entre la mammographie de dépistage (réalisée lorsque la femme ne présente pas de signes ni de symptômes de maladie du sein) et la mammographie diagnostique (réalisée dans le but de poser un diagnostic sur une lésion découverte par la femme ou par son médecin traitant). Ainsi, on ne peut pas utiliser ces informations pour estimer la proportion des femmes ayant subi un examen de dépistage. Cependant, on considère que l'évolution de cette donnée, telle qu'elle est colligée par l'enquête, peut être vue comme un indice des changements dans la pratique de la mammographie de dépistage. C'est d'ailleurs dans ce but que toutes les données portant sur le temps écoulé depuis la dernière mammographie dans le présent chapitre seront regroupées selon des catégories compatibles avec les recommandations du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, qui vise le dépistage aux deux ans (deux ans; deux ans et plus; jamais; ne sait pas).

Aussi, il est important de préciser que les catégories de réponse à la question sur le test de PAP ne permettent pas d'étudier la pratique du test en regard des dernières lignes directrices canadiennes, qui recommandent le dépistage du cancer du col par le test de PAP tous les trois ans (Parboosingh et autres, 1996). On devra donc apporter des ajustements aux prochaines enquêtes afin de tenir compte de l'existence des programmes et directives dans le domaine.

À la lecture du présent chapitre, il faut garder à l'esprit que les données utilisées renseignent sur des comportements déclarés. La désirabilité sociale envers ces comportements peut donc avoir influencé les réponses obtenues. Dans le cas du dépistage de cancers, la difficulté de se rappeler, de façon exacte, le temps écoulé depuis le dernier examen peut également nuire à la précision des réponses. Dans le cas de la mammographie, le souvenir marquant de cet événement, qui s'avère souvent un examen douloureux ou du moins désagréable, peut le faire apparaître comme appartenant à un passé plus récent qu'il ne l'est en fait.

Le taux de non-réponse partielle pour les questions traitant du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus n'influence pas les statistiques qui y sont associées. D'autre part, le taux de non-réponse partielle chez les femmes de 15 à 44 ans est de 1,9 % pour la question sur les contraceptifs oraux (QAA190) et de 4 % pour la question sur la consommation d'hormones liée à la ménopause (QAA191). Le taux de non-réponse à la question QAA192, qui a trait aux autres raisons liées à la consommation d'hormones, est de 6 %. Les non-répondantes à cette question sont essentiellement des femmes de 65 ans et plus. Les réponses à la question QAA193 permettant d'identifier les femmes qui disent traverser leur ménopause ou être déjà ménopausées doivent être utilisées avec prudence, puisque de nombreuses femmes semblent donner au mot « ménopausée » un sens qui se limite à la période où elles éprouvent les symptômes de la transition ménopausique; le taux de non-réponse à cette question est de 4 %.

11.2 Résultats

11.2.1 Auto-examen des seins (AES)

La présente enquête révèle qu'environ une femme de 15 ans et plus sur quatre (27 %) pratique l'AES à chaque mois tandis qu'environ 20 % le font moins fréquemment, soit tous les deux ou trois mois (tableau 11.1). On remarque que les femmes de 40 ans et plus sont davantage assidues à ce moyen de prévention que les femmes des autres catégories d'âge. En effet, 29 % des femmes de 40 à 49 ans, 35 % de celles de 50 à 69 ans et 30 % des femmes de plus de 70 ans pratiquent l'AES régulièrement, soit au moins une fois par mois.

Lorsque les résultats sur l'AES sont comparés avec ceux des enquêtes précédentes, on remarque une diminution importante, entre 1987 et 1998, des Québécoises de 50 ans et plus qui indiquent ne jamais avoir examiné leurs seins. Toutefois, on ne constate aucune différence significative entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998.

Tableau 11.1
Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Au moins une fois par mois			Une fois tous les deux ou trois mois			Moins qu'une fois tous les deux ou trois mois			Jamais		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
						%						
15-29 ans	19,3	18,4	18,0	17,1	18,6	17,2	23,9	25,5	25,2	39,7	37,5	39,6
30-39 ans	24,6	20,7	23,6	20,6	25,3	23,5	27,0	30,0	29,7	27,8	24,0	23,2
40-49 ans	28,8	26,2	29,0	19,9	24,2	23,9	25,5	27,1	25,4	25,9	22,6	21,7
50-69 ans	31,9	31,2	34,9	19,6	22,7	20,6	21,2	21,9	22,8	27,3	24,3	21,7
70 ans et plus	20,7	25,5	29,6	11,8	15,5	13,4	14,7	22,0	19,1	52,8	37,0	38,0
Total	**25,1**	**24,0**	**26,8**	**18,6**	**21,9**	**20,3**	**23,6**	**25,7**	**25,0**	**32,8**	**28,5**	**27,9**
Pe '000	...	...	**794**	...	...	...	**600**	...	...	**738**	...	**831**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, lorsqu'il est question d'analyser la pratique de l'auto-examen des seins par rapport à certaines caractéristiques sociodémographiques, il apparaît que ces dernières ont peu d'influence (tableau C.11.1). Seul fait à noter, les réponses des Québécoises moins scolarisées semblent davantage polarisées que celles des femmes plus scolarisées. En effet, seulement 17 % des femmes moins scolarisées disent effectuer l'AES une fois au deux ou trois mois, tandis que près du tiers disent pratiquer cet examen tous les mois et qu'un autre tiers mentionnent ne jamais le faire. Chez les femmes plus scolarisées, on ne remarque pas de différence de comportement; les proportions entre les catégories de réponse à la pratique de l'AES sont plus uniformes.

Le niveau de revenu influence la pratique de l'AES (tableau C.11.1). Ainsi, on observe que 34 % des femmes vivant dans un ménage pauvre n'examinent jamais leurs seins, comparativement à 23 % des femmes vivant dans un ménage ayant un revenu supérieur.

11.2.2 Examen clinique des seins (ECS)

Près de la moitié des Québécoises de 15 ans et plus (46 %) déclarent avoir passé cet examen depuis moins de 12 mois (tableau 11.2). Par ailleurs, on remarque que la pratique de cet examen varie en fonction du groupe d'âge étudié. Ainsi, les femmes de 15 à 29 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les femmes de 30 ans et plus à n'avoir jamais eu d'ECS.

Tableau 11.2
Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Moins de 12 mois			Un à deux ans			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
								%							
15-29 ans	50,5	50,3	42,9	13,9	15,1	13,5	8,6	7,0	7,2	25,0	26,0	35,3	2,1*	1,7*	1,1**
30-39 ans	50,7	51,7	45,2	22,4	22,6	24,0	18,5	18,5	20,6	7,0	6,6	9,1	1,3**	0,7**	1,1**
40-49 ans	51,4	50,8	49,1	19,6	22,2	25,0	18,2	18,8	18,8	8,0	7,3	5,8	2,8*	0,9**	1,3**
50-69 ans	42,0	44,4	53,4	17,8	23,0	21,4	22,9	22,3	16,6	13,5	8,8	7,0	3,8*	1,6*	1,5**
70 ans et plus	25,7	29,3	32,7	9,4*	16,1	17,7	22,7	26,6	29,8	32,5	22,9	16,0	9,8*	5,2*	3,8*
Total	**47,0**	**47,4**	**46,2**	**17,3**	**20,0**	**20,4**	**16,7**	**17,2**	**16,9**	**16,0**	**13,7**	**15,0**	**3,0**	**1,6**	**1,5**
Pe '000	...	...	**1 367**	...	...	**603**	...	...	**504**	...	...	**444**	...	...	**45**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison entre les enquêtes jette une lumière intéressante sur les données. En effet, on remarque que la population féminine interrogée se scinde en deux et que les pratiques s'inversent (tableau 11.2). Chez les femmes de 15 à 29 ans, de même que chez les femmes de 30 à 39 ans, on remarque qu'elles sont moins nombreuses, proportionnellement, à avoir subi cet examen depuis moins de 12 mois. Quant aux Québécoises de 50 ans et plus, il semble qu'elles sont davantage assidues à cet examen; elles sont, en proportion, plus nombreuses à indiquer qu'elles ont eu un ECS depuis moins de 12 mois.

La scolarité relative est reliée au recours à l'ECS. Ainsi, la proportion de femmes ayant eu un ECS depuis moins de 12 mois passe de 39 % chez les femmes les moins scolarisées à près de 50 % chez les femmes plus scolarisées (tableau C.11.2). Le niveau de revenu semble également lié à la pratique régulière de l'ECS. En effet, les femmes vivant dans des ménages ayant un niveau de revenu supérieur sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi un ECS depuis moins de 12 mois que les femmes appartenant à des ménages pauvres et très pauvres (53 % c. 40 % et 38 %); de façon corollaire la proportion de femmes indiquant n'avoir jamais eu d'ECS passe de 19 % chez les femmes très pauvres à 10 % chez les femmes dont le niveau de revenu est qualifié de supérieur. Enfin, les femmes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire de première, de deuxième et de troisième génération déclarent plus souvent que celles du groupe majoritaire n'avoir jamais subi d'ECS (24 % et 22 % c. 14 %).

11.2.3 Mammographie

Les résultats de l'enquête de 1998 montrent que 17 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent avoir passé une mammographie depuis moins de 12 mois, et 12 %, entre 1 et 2 ans avant l'enquête (données non présentées). On constate que le recours à la mammographie prend surtout de l'importance à partir de l'âge de 40 ans, ce qui correspond aux connaissances scientifiques sur la situation actuelle (tableau 11.3). Les femmes âgées de 50 à 69 ans se démarquent de façon significative par rapport aux femmes des autres catégories d'âge, avec une proportion de 64 % indiquant avoir passé une mammographie depuis deux ans.

Tout comme pour l'analyse de la pratique de l'ECS, la comparaison entre les enquêtes apporte une dimension intéressante à l'analyse des données portant sur la mammographie. En effet, il apparaît que la proportion de femmes de 15 à 29 ans qui disent avoir passé une mammographie depuis deux ans ou moins diminue d'une enquête à l'autre (tableau 11.3).

Tableau 11.3
Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Deux ans et moins			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
						%						
15-29 ans	3,6*	2,7*	1,6*	2,1*	2,3*	1,7*	94,1	95,0	95,6	0,3**	0,0**	0,1**
30-39 ans	10,8	13,0	8,8	14,3	12,7	12,9	74,4	74,0	77,8	0,6**	0,3**	0,4**
40-49 ans	24,0	42,9	36,2	21,1	19,6	22,2	53,6	36,9	40,2	1,4**	0,7**	1,4**
50-69 ans	23,6	49,4	64,3	16,3	20,3	16,6	58,4	29,4	17,2	1,7**	0,9**	1,7*
70 ans et plus	10,7	26,3*	35,7	10,9	19,0*	27,1	76,2	52,9	35,5	2,2**	1,8**	1,7**
Total	**13,7**	**25,5**	**29,1**	**11,9**	**13,6**	**14,4**	**73,5**	**60,3**	**55,5**	**1,0**	**0,6**	**1,0**
Pe '000	...	...	**870**	...	...	**431**	...	...	**1 633**	...	...	**29**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

À l'inverse, la participation à la mammographie augmente au fil des enquêtes chez les femmes visées par les recommandations, soit les femmes de 40 ans et plus. Ainsi, pour les femmes de 40 à 49 ans, on remarque une augmentation de la participation à l'examen au cours de cette même période de deux ans et moins, entre l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Toutefois, on constate que la proportion a diminué entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998. Chez les femmes de 50 ans et plus, il apparaît que la proportion de femmes ayant eu une mammographie augmente au cours des années, et ce, conformément à la prescription induite dans la littérature actuelle.

De façon inverse, le nombre de femmes de 50 à 69 ans indiquant n'avoir jamais passé de mammographie est passé de 58 % à 17 % entre 1987 et 1998. Une diminution, par ailleurs plus faible, du nombre de femmes indiquant n'avoir jamais passé de mammographie est également à remarquer chez les femmes de 40 à 49 ans.

La scolarité relative ne semble pas influencer la pratique de la mammographie. En effet, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne montrent aucune différence de comportement entre les femmes selon leur niveau de scolarité. Le niveau de revenu, par contre, semble relié au recours à la mammographie chez les femmes québécoises (tableau C.11.3). Ainsi, il semble que les femmes qui vivent dans des ménages dont le niveau de revenu est supérieur soient proportionnellement plus nombreuses que celles vivant dans un ménage pauvre à avoir passé une mammographie depuis deux ans et moins.

11.2.4 Test de PAP

En 1998, la proportion de femmes ayant passé un test de PAP au cours de la dernière année est de 44 % (tableau 11.4). La proportion de femmes n'ayant jamais subi ce test est de 14 %. Il semble que les femmes plus âgées se prêtent moins souvent à ce test car chez les femmes de 15 à 29 ans, la proportion ayant eu un test de PAP depuis moins de 12 mois est de 54 % et elle est de 39 % chez les femmes de 50 à 69 ans. La situation semble stable en 1998, étant similaire à celle des deux dernières enquêtes. La variation entre les groupes d'âge demeure aussi inchangée. L'enquête de 1998 montre que le temps écoulé depuis le dernier test de PAP diffère selon certaines caractéristiques sociodémographiques (tableau C.11.4).

Tableau 11.4
Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Moins de 12 mois			Un à deux ans			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%														
15-29 ans	55,8	57,8	53,6	12,4	14,4	12,9	5,6	4,4	3,4*	24,5	21,9	28,1	1,7*	1,5*	2,0*
30-39 ans	55,0	56,8	49,8	21,5	23,7	25,6	17,6	14,7	17,2	3,9*	3,6	5,0	2,0*	1,2**	2,4*
40-49 ans	49,1	49,8	46,5	22,4	23,9	24,5	20,6	21,9	21,2	4,6*	2,9*	4,7	3,3*	1,5**	3,1*
50-69 ans	32,3	34,0	38,5	17,5	20,3	19,9	31,4	32,9	27,7	11,4	8,9	8,6	7,5	4,0	5,4
70 ans et plus	10,5*	14,7	14,8	10,4*	11,0	11,2	25,4	39,2	34,9	36,5	25,3	27,6	17,3	9,8	11,5
Total	**45,9**	**46,8**	**43,9**	**17,2**	**19,4**	**19,5**	**18,1**	**19,7**	**19,0**	**14,4**	**11,4**	**13,6**	**4,5**	**2,7**	**4,1**
Pe '000	...	...	**1 287**	...	...	**573**	...	...	**570**	...	...	**410**	...	...	**124**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En effet, les femmes qui semblent s'être prêtées moins souvent que les autres à cette forme de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les femmes moins scolarisées, celles appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire et les femmes pauvres. Du point de vue de la scolarité relative, on remarque que les femmes moins scolarisées sont moins susceptibles d'avoir passé un test de PAP depuis moins de 12 mois, comparativement aux femmes plus scolarisées (37 % c. 50 %).

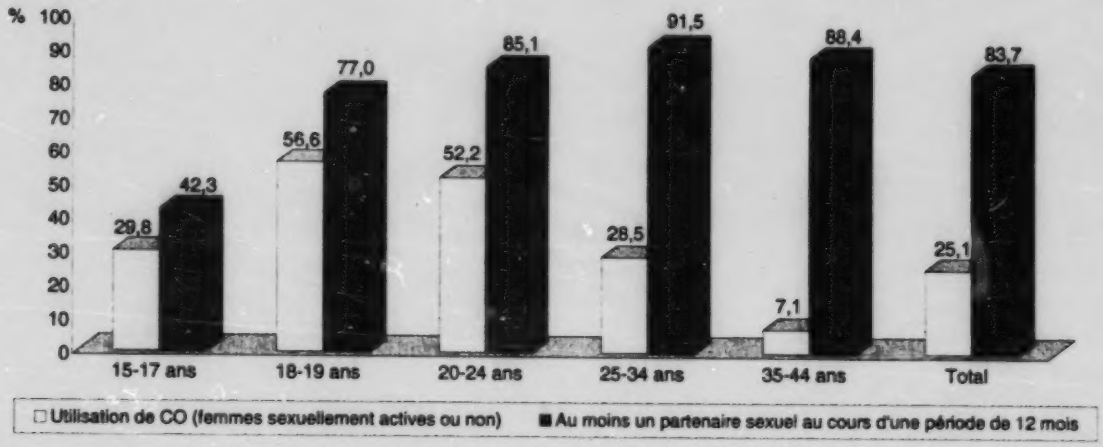
Enfin, la proportion de femmes du groupe ethnoculturel minoritaire de première génération et de deuxième génération disant n'avoir jamais passé le test de PAP est plus élevée que celle des femmes du groupe ethnoculturel majoritaire (23 % et 23 % c. 13 %).

11.2.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale

Contraceptifs oraux (CO)

Environ 84 % des Québécoises de 15 à 44 ans sont sexuellement actives (c'est-à-dire qu'elles ont eu au moins un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois) (figure 11.1). Parmi l'ensemble des femmes de ce groupe d'âge, qu'elles soient sexuellement actives ou non, on trouve 25 % d'utilisatrices de CO. La proportion est plus élevée chez les 18-19 ans (57 %) et chez les 20-24 ans (52 %). Viennent ensuite les adolescentes de 15 à 17 ans (30 %) et les femmes de 25 à 34 ans (29 %). Le groupe dans lequel l'utilisation est la plus faible est celui des femmes de 35 à 44 ans, dont la majorité demeurent sexuellement actives mais chez lesquelles on ne compte que 7 % d'utilisatrices.

Figure 11.1
Utilisation de contraceptifs oraux (CO) et activité sexuelle selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998



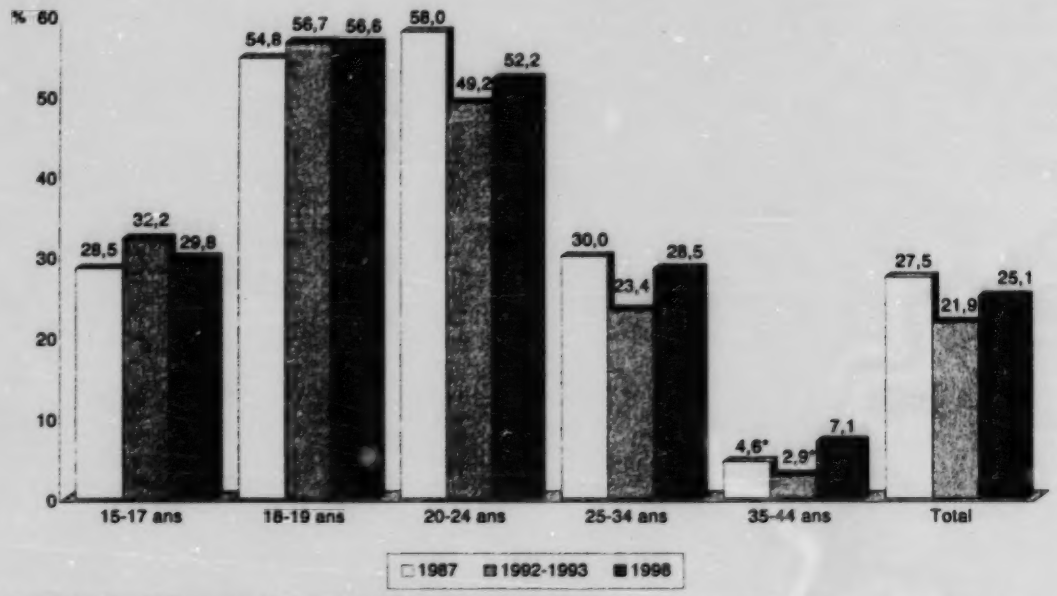
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le recours à la contraception orale chez les femmes de 15 à 44 ans a augmenté depuis 1992-1993, passant de 22 % à 25 %, mais, en comparant les différents groupes d'âge, on constate que cette augmentation n'est significative que chez les 25-34 ans (figure 11.2). Le pourcentage global d'utilisatrices chez les femmes en âge de se reproduire, sexuellement actives ou non, s'est sensiblement rapproché de celui observé en 1987, qui était de 28 %.

La consommation de CO est associée au niveau de scolarité : dans l'ensemble, on compte 30 % d'utilisatrices parmi les femmes les plus scolarisées et 17 % parmi les moins scolarisées (tableau C.11.5). On ne trouve pas de relation significative entre le recours aux CO et le niveau de revenu (données non présentées). La contraception orale est moins fréquente dans le groupe ethnoculturel minoritaire (15 %) comparativement au groupe majoritaire (26 %); on constate que cet écart est surtout dû à la variation observée chez les femmes de 15 à 24 ans.

En général, il n'y a pas de lien significatif entre le recours aux CO et l'usage du tabac, sauf chez les adolescentes de 15 à 17 ans : 44 % des fumeuses occasionnelles ou régulières de ce groupe d'âge utilisent des CO comparativement à 25 % des non-fumeuses (tableau 11.5). Chez les fumeuses de 35 à 44 ans pour qui les CO sont contre-indiqués, on compte 4,8 % d'utilisatrices.

Figure 11.2
Utilisation de contraceptifs oraux (CO) selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 11.5
Utilisation des contraceptifs oraux selon la consommation de tabac et l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Fumeuses occasionnelles ou régulières		
15-17 ans	44,1	19
18-19 ans	65,1	27
20-24 ans	50,2	39
25-34 ans	27,4	54
35-44 ans	4,8**	12
Total	**24,7**	**151**
Anciennes fumeuses ou femmes n'ayant jamais fumé		
15-17 ans	24,5	27
18-19 ans	52,7	32
20-24 ans	53,3	74
25-34 ans	29,3	91
35-44 ans	8,6	33
Total	**25,4**	**257**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Hormones à la ménopause

La proportion de femmes de 15 ans et plus qui disent traverser présentement leur ménopause ou être déjà ménopausées est de 29 %, tandis qu'un autre 4,7 % disent ne pas le savoir (tableau 11.6). Chez les femmes de 45 à 49 ans, 34 % répondent affirmativement et 19 % disent ne pas le savoir. Chez les 50-64 ans, la proportion de réponses positives s'élève aux environs de 80 % (données non présentées). Au-delà de cet âge, le pourcentage diminue à 57 %, ce qui suggère qu'une partie des femmes plus âgées ne se considèrent plus ménopausées lorsque les symptômes de la transition ménopausique ont disparu (tableau 11.6).

L'utilisation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause, c'est-à-dire l'hormonothérapie substitutive (HTS), s'élève à 14 % parmi l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus (figure 11.3). Ce comportement s'observe surtout chez les femmes de 45 à 64 ans (36 %). Chez les 65 ans et plus, le recours à l'HTS diminue à 16 %. Dans l'ensemble, ce comportement ne varie pas de façon significative en fonction du revenu ni de la scolarité relative (données non présentées).

Tableau 11.6
Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause (HTS) et statut ménopausique perçu selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Utilisation d'HTS	
15-24 ans	0,1**
25-44 ans	2,4*
45-64 ans	35,5
65 ans et plus	16,1
Total	**13,9**
Statut ménopausique	
15-24 ans	0,2**
25-44 ans	2,9
45-64 ans	66,2
65 ans et plus	57,4
Total	**29,0**
Ne sait pas	
15-24 ans	0,7**
25-44 ans	4,1
45-64 ans	8,8
65 ans et plus	2,3*
Total	**4,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement imprécise.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

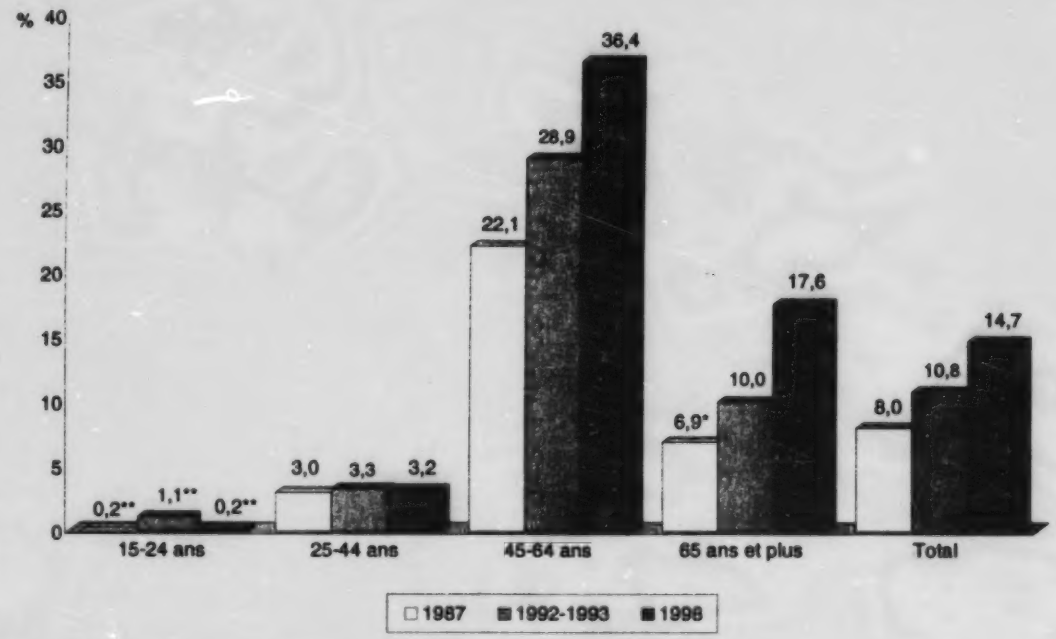
Les réponses à la question portant sur la consommation d'hormones « pour d'autres raisons » sont peu concluantes : seulement 3 % des femmes de 15 ans et plus ont répondu par l'affirmative à cette question (données non présentées). De plus, dans la moitié de ces cas, les mêmes femmes déclarent aussi y avoir recours pour des raisons reliées à la ménopause. Les « autres raisons » les plus souvent mentionnées sont, dans l'ordre, les suites d'une ovariectomie, la prévention de l'ostéoporose, les problèmes reliés à la glande thyroïde et les problèmes de circulation sanguine ou d'hypertension (données non présentées).

Le recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes reliés à l'approche de la ménopause ou pour d'autres raisons a augmenté de façon continue entre les trois enquêtes, passant de 8 % à 11 %, puis à 15 %. Cette augmentation s'observe surtout chez les femmes de 45 ans et plus (figure 11.3).

11.2.6 Liens entre la fréquence des différents types de dépistage

Du point de vue de la participation des femmes aux activités de prévention, on remarque une convergence entre le fait de passer un test de PAP et celui de subir un examen clinique des seins (ECS) réalisé par un professionnel de la santé (tableau C.11.6). En effet, on remarque que 77 % des femmes qui indiquent avoir eu un ECS depuis moins de 12 mois mentionnent également avoir passé un test de PAP au cours de la même période par rapport aux 16 % des femmes qui indiquent n'avoir jamais eu d'ECS. Par ailleurs, on relève aussi une association entre le fait de passer un test de PAP et le fait de subir une mammographie (tableau C.11.7). Ainsi, 74 % des femmes de 50 à 69 ans (groupe d'âge pour qui la mammographie est recommandée) qui indiquent avoir passé une mammographie depuis deux ans ou moins ont également eu un test de PAP au cours de la même période, tandis que 27 % des femmes n'ayant jamais subi de mammographie ont passé le test de PAP depuis deux ans ou moins.

Figure 11.3
Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, on remarque une association entre la prise de contraceptifs oraux, le fait de passer un test de PAP et le fait de subir un ECS réalisé par un professionnel de la santé (tableau C.11.8). Cette même association s'observe chez les Québécoises utilisant l'hormonothérapie substitutive (femmes âgées de 40 à 69 ans). Toutefois, on ne décèle pas d'association lorsque la prise de contraceptifs oraux et le fait de passer un test de PAP sont comparés au fait de subir une mammographie. Ce phénomène s'explique par le fait que les populations visées par ces comportements ne sont pas les mêmes.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La participation aux activités de prévention relatives au cancer du sein a progressé au cours des enquêtes pour certains groupes d'âge particuliers. En effet, on remarque une augmentation importante de la proportion de femmes déclarant avoir passé une mammographie. Cette augmentation se fait surtout sentir chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Les quelques changements observés témoignent d'une diminution du nombre de femmes qui ne se sont jamais prêtées aux pratiques de dépistage.

Du point de vue de l'AES et de l'ECS, on remarque une progression importante, au fil des enquêtes, qu'il faut souligner; toutefois, cette augmentation de la participation s'observe surtout dans des groupes d'âge spécifiques. Ainsi, les femmes de 50 à 69 ans se prêtent davantage à l'examen clinique des seins, alors que cette plus grande participation se fait remarquer chez les femmes de 50 ans et plus lorsqu'on analyse la pratique de l'AES (on observe une diminution importante de la proportion de femmes qui indiquent ne jamais avoir eu d'ECS).

Pour ce qui est de la participation au test de PAP, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, on remarque que les proportions de femmes qui indiquent avoir eu un test sont stables aux cours des enquêtes.

De façon semblable aux enquêtes précédentes, on observe que les comportements préventifs que sont l'ECS et le test de PAP varient selon les indices de scolarité relative et de niveau de revenu. Par contre, les données concernant la pratique de l'AES et de la mammographie en regard de la scolarité des Québécoises ne démontrent pas de tendance claire. Pour ce qui est des indices comme le niveau de revenu, on remarque que les femmes plus pauvres pratiquent moins l'AES que les femmes qui déclarent un niveau de revenu supérieur. Toutefois, l'analyse des comportements préventifs en regard de ces caractéristiques ne permet pas d'évaluer l'évolution de ces comportements selon le groupe socioéconomique, puisque les comparaisons entre les enquêtes n'ont pas été réalisées dans cette perspective.

Sous l'angle sociodémographique, on note une variation dans la pratique de certains comportements préventifs pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, selon le groupe ethnoculturel de la femme. Ainsi, on remarque que le groupe majoritaire présente, ou du moins s'approche, des habitudes de prévention visées par les politiques, contrairement aux groupes minoritaires, qui utilisent moins les services de prévention des cancers féminins étudiés dans le présent chapitre. Par contre, ce constat doit nécessairement être nuancé par les différences importantes au sein même de ce regroupement. En effet, les membres des groupes ethniques peuvent avoir des cultures très différentes. Par ailleurs, les différences observées dans les habitudes sanitaires des groupes devraient être accentuées compte tenu du profil des immigrants qui évolue dans le temps.

À titre complémentaire, les données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont été utilisées pour, entres autre, identifier le nombre de femmes de 50 à 69 ans qui ont passé au moins une mammographie au cours d'une période de deux ans. De ce fait, ces données ont permis d'estimer que 49 % des femmes québécoises ont subi au moins une mammographie au cours des années 1996 et 1997 (Vézina et Langlois, 1998). Comme on a pu le voir

dans le présent chapitre, les données montrent que, pour une période comparable (deux ans et moins), la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie s'élevait à 64 %. Cet écart pourrait s'expliquer, en partie, par le biais de rappel. En effet, l'intervalle entre deux examens de mammographie peut être difficile à interpréter dans un contexte d'enquête. Toutefois, approfondir l'analyse conjointe des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et des données de facturation des professionnels de la RAMQ pourrait permettre de circonscrire l'association entre les examens préventifs subis par les femmes.

Après avoir connu une diminution en 1992-1993, la consommation de contraceptifs oraux chez les Québécoises de 15 à 44 ans a augmenté à 25 % en 1998, se rapprochant ainsi sensiblement du niveau observé en 1987. Cette proportion est un peu moins élevée que celle observée chez les Canadiennes du même âge, soit 30 % (Boroditsky et autres, 1996). Comme on le notait dans les enquêtes précédentes, l'utilisation de ce moyen de contraception demeure plus fréquente chez les femmes de 18 à 24 ans que dans les autres groupes d'âge.

Le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans. Cette proportion est comparable à celle observée dans l'enquête de 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicament en juin 1996, qui aurait pu en augmenter l'accessibilité. La proportion d'utilisatrices semble néanmoins plus élevée que celle révélée au Canada en 1995 pour ce groupe d'âge (23 %), à l'inverse de l'écart noté plus haut parmi l'ensemble des femmes. Dans le contexte où on cherche à diminuer le taux de grossesses précoces et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), il serait important de mieux connaître les pratiques contraceptives des adolescentes sexuellement actives qui n'utilisent pas de contraceptifs oraux. Il y aurait lieu aussi d'étudier l'utilisation des contraceptifs oraux en comparaison avec le recours à la stérilisation et aux autres moyens de contraception dans la population en âge de procréer.

La faible proportion d'utilisatrices dans le groupe des 35-44 ans en 1992-1993 se maintient (7 %) malgré la levée de la contre-indication qui prévalait jusqu'en 1994; cette proportion se compare à celle signalée chez les Canadiennes du même groupe d'âge (8 %) (Boroditsky, 1996).

Il semble que la contraception hormonale administrée par injection et sous forme d'implants ait pris une ampleur nouvelle au cours des dernières années; par exemple, la vente de Dépo-Provéra, qu'on peut administrer par injection aux trois mois, a augmenté de manière importante depuis son approbation en 1997, surtout chez les femmes de moins de 25 ans (Guilbert, 2000). La formulation actuelle de la question QAA190 de l'enquête, qui fait uniquement référence aux contraceptifs administrés par voie orale, ne permet pas d'observer l'émergence de ces autres formes de contraception hormonale, qui pourraient avoir des effets significatifs sur les taux d'IVG dans ce groupe d'âge. Il faudrait aussi tenir compte du recours à la contraception d'urgence, à laquelle les intervenants en planification des naissances tentent de faciliter davantage l'accès pour réduire les taux de grossesse et d'IVG.

En ce qui a trait à l'hormonothérapie substitutive, on peut conclure de l'analyse que les réponses à la question unique posée lors des deux enquêtes précédentes reflétaient essentiellement la consommation liée spécifiquement à la transition ménopausique ou à la ménopause plutôt qu'à d'autres raisons. Le recours à cette forme de thérapie a nettement augmenté entre les trois enquêtes, tant chez les femmes de 45 à 64 ans (de 22 % à 36 %) que chez les femmes de 65 ans et plus (de 7 % à 18 %). Au Canada, sur une période de deux ans, les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) ne révèlent pas d'augmentation aussi importante chez les femmes de 45 à 64 ans et le niveau d'utilisation semble nettement moins élevé, soit 22 % en 1994-1995 et 23 % en 1996-1997 (Beaudet et autres, 1997; Beaudet, 2000).

L'augmentation du nombre de femmes âgées de 50 ans et plus dans la population et les effets variables de l'hormonothérapie en fonction de nombreux

facteurs justifieraient que l'on décrive cette pratique de façon plus précise, notamment quant au type d'hormones utilisées, à la durée du traitement et à l'âge auquel il débute. Il serait aussi nécessaire de mieux décrire le statut ménopausique des femmes lors de prochaines enquêtes et d'utiliser une nomenclature plus appropriée à cet égard.

Éléments de réflexion pour la planification

Ces données fournissent des renseignements utiles relativement à l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés par la *Politique de la santé et du bien-être*. Par ailleurs, même avec la mise en œuvre d'un programme officiel, l'évolution des activités réalisées en regard du dépistage du cancer du sein par mammographie doit faire l'objet d'un suivi. L'*Enquête sociale et de santé* doit faire partie de cette stratégie de suivi des activités de prévention liées au dépistage du cancer du sein. D'ailleurs, au cours des prochaines enquêtes, il serait opportun d'ajouter une question ou de modifier celle qui porte sur la mammographie afin de tenir compte de la présence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme outil de prévention du cancer du sein. Le programme, mis en place en mai 1998, peut compter sur un système d'information qui collige l'ensemble des activités réalisées par les centres désignés du programme auprès de la clientèle cible. Toutefois, la problématique du dépistage du cancer du sein doit être analysée à plus large échelle. En effet, les activités de prévention réalisées, ou non, pour toutes les autres femmes devraient pouvoir être suivies; ces activités viendront nuancer grandement les efforts à investir pour le dépistage du cancer du sein dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Parmi les groupes envers lesquels des efforts plus importants de prévention et de dépistage devraient être déployés dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, il importe de mentionner, d'une part, les femmes pauvres, en particulier celles de 65 ans et plus qui n'ont jamais bénéficié de dépistage ou qui n'ont pas été examinées depuis plusieurs années (Miller, 1992) et, d'autre part, les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas de contraceptifs oraux et qui de ce fait sont moins susceptibles d'être suivies de façon régulière au point de vue médicale. Les fumeuses régulières qui utilisent soit les contraceptifs oraux, soit l'hormonothérapie substitutive durant la ménopause constituent un autre groupe à privilégier pour la prévention en matière de santé cardiovasculaire.

Les liens démontrés entre les comportements préventifs examinés dans le présent chapitre indiquent l'existence d'un sous-groupe de femmes susceptibles de n'avoir subi aucune des interventions cliniques préventives à l'étude. Les programmes ou mesures de prévention des différents cancers doivent rejoindre ces femmes afin de diminuer leurs risques de développer ces maladies. Également, une meilleure compréhension du profil et des habitudes sanitaires des femmes appartenant aux groupes ethniques minoritaires est nécessaire à la mise en place de services accessibles à ces femmes.

Enfin, compte tenu des taux de grossesse chez les adolescentes qui n'ont pas diminué depuis 1995, et considérant la hausse continue des taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les Québécoises (Rochon, 1997, 1999a et 1999b), il serait important de documenter de façon plus complète les attitudes et les comportements sexuels et contraceptifs des jeunes de moins de 18 ans et de la population adulte en général. Ces données devraient être analysées à la fois en regard de la santé, de la prévention des grossesses non désirées et des IVG, ainsi que de la prévention des maladies transmissibles sexuellement. Par ailleurs, les activités de communication pour la planification des naissances et pour l'usage du condom dans le but de prévenir les MTS devraient adopter un message commun et souligner l'importance d'une double protection lors des rapports sexuels si on veut aussi éviter une grossesse. Enfin, ces données confirment l'importance des programmes d'éducation sexuelle et des services adaptés aux jeunes, surtout à la fin de l'école primaire et au début de l'école secondaire, si on veut atteindre les objectifs de réduction des grossesses à l'adolescence.

Bibliographie

BEAUDET, M. P., W. WALOP et C. LE PETIT (1997). « Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 2, p. 9-19.

BEAUDET, M. P. (2000). Données non publiées.

BORODITSKY, R., W. FISHER et M. SAND (1996). « The 1995 Canadian contraception study », supplément du *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, Toronto, décembre 1996, vol. 18, n° 12, 31 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Ministère de la santé et des Services sociaux, Québec.

FITZPATRICK, L. A., S. C. LITIN et M. R. BELL (2000). « The Women's Health Initiative: A heart-to-heart Conversation », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 75, n° 6, p. 59-61.

GUILBERT, E. (2000). Communication personnelle.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1998). *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, Canada.

LÉGARÉ, F., et A. MOREAU (2000). « Mise à jour sur l'hormonothérapie substitutive », *Le médecin du Québec*, vol. 35, n° 3, p. 75-81.

MARTIN, K., et Z. WU (2000). « Contraceptive use in Canada: 1984-1995 », *Family Planning Perspectives*, vol. 32, n° 2, p. 65-73.

MESSELY, M.-C. (1995). « Le point sur l'auto-examen des seins », *La revue du réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein* (REIQCS), vol. 1, n° 1.

MILLER, A. (1992). « Planification des stratégies de lutte contre le cancer », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, n° 1 (suppl.), janvier-février.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, cadre de référence, Québec, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MOREAULT, L. (1995). « La place de l'examen clinique des seins comme méthode de dépistage », *La revue du réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein* (REIQCS), vol. 1, n° 1.

MORRISON, B. J. (1994). « Dépistage du cancer du sein » dans SANTÉ CANADA, GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Ministre des approvisionnements et Services Canada, p. 891-900.

PARBOOSINGH, J. E., et autres (1996). « Cervical cancer screening: Are the 1989 recommendations still valid? National workshop on screening for cancer of the cervise », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 12, p. 1847-1853.

ROCHON, M. (1997). *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 38 p.

ROCHON, M. (1999a). *Taux d'IVG pour 1000 femmes selon l'âge et la région socio-sanitaire de résidence, Québec, 1997*, données non publiées.

ROCHON, M. (1999b). *Nombre et taux de grossesse pour 1000 adolescentes, Québec et régions socio-sanitaires, 1997 (données préliminaires)*, données non publiées.

SANTÉ CANADA (1998). *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, Canada, 76 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1998a). « Conférence canadienne de consensus sur la contraception », réimprimé du *Journal de la SOGC*, vol. 20, n° 5, 6, 7 et 8, 79 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1998b). *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose*, Toronto, Ribosome Communications, 72 p.

VÉZINA, S., et A. LANGLOIS (1998). *Dépistage du cancer du sein-Outils d'information pour les Régies régionales*, Centre d'expertise en dépistage, Institut national de santé publique du Québec.

Tableaux complémentaires

Tableau C.11.1
Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Au moins une fois par mois	Une fois tous les deux ou trois mois	Moins souvent qu'une fois tous les deux ou trois mois	Jamais
		%		
Scolarité relative				
Plus faible	31,9	16,9	20,3	31,0
Faible	27,2	20,6	24,9	27,3
Moyenne	24,3	20,9	26,7	28,1
Élevée ou plus élevée	25,7	21,5	26,4	26,4
Niveau de revenu				
Très pauvre	28,6	12,4	26,3	32,8
Pauvre	26,9	17,5	21,5	34,1
Moyen inférieur	28,2	18,7	24,1	29,0
Moyen supérieur	26,1	23,6	25,0	25,3
Supérieur	23,1	22,9	30,7	23,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.2
Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
			%		
Scolarité relative					
Plus faible	39,3	19,6	18,2	20,4	2,5*
Faible	47,2	19,4	17,4	14,6	1,5**
Moyenne	45,3	21,3	15,8	16,1	1,6*
Élevée ou plus élevée	49,7	20,6	16,9	11,9	1,0*
Niveau de revenu					
Très pauvre	40,1	17,8	19,2	18,9	4,0**
Pauvre	38,4	18,0	19,8	21,5	2,3**
Moyen inférieur	43,2	21,3	17,6	16,8	1,2*
Moyen supérieur	50,8	20,9	15,4	11,8	1,1*
Supérieur	53,2	20,4	15,0	10,1	1,4**
Groupe ethnoculturel					
Groupe majoritaire	47,1	20,4	17,3	13,9	1,4*
Groupe minoritaire de 2e et 3e génération	40,6	22,4	13,2	22,4	1,4**
Groupe minoritaire de 1re génération	39,6	21,1	12,5	23,8	3,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.3
Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Deux ans et moins	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
		%		
Scolarité relative				
Plus faible	27,9	15,2	55,3	1,6**
Faible	27,4	13,5	58,2	0,9**
Moyenne	26,2	13,8	58,9	1,2**
Élevée et plus élevée	32,1	14,9	52,4	0,6**
Niveau de revenu				
Très pauvre	27,0	14,5	57,6	1,0**
Pauvre	23,5	14,1	60,6	1,9**
Moyen inférieur	28,6	14,0	56,5	0,9**
Moyen supérieur	30,4	14,9	53,9	0,9**
Supérieur	34,4	14,5	50,4	0,7**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.4
Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon la scolarité relative, le niveau et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
			%		
Scolarité relative					
Plus faible	37,4	19,5	21,8	15,4	6,0
Faible	44,0	19,6	18,1	14,1	4,3
Moyenne	44,0	18,3	18,7	15,1	4,0
Élevée	43,3	21,0	19,2	12,7	3,9*
Plus élevée	50,4	19,2	17,5	10,7	2,2*
Niveau de revenu					
Très pauvre	40,3	16,9	21,2	15,1	6,6*
Pauvre	34,6	17,8	21,3	19,1	7,2*
Moyen inférieur	40,0	21,0	19,3	15,0	4,6
Moyen supérieur	49,1	19,4	17,8	11,0	2,7
Supérieur	50,5	18,7	17,9	11,3	1,6**
Groupe ethnoculturel					
Minoritaire 1re génération	35,5	20,3	12,4	22,9	9,0*
Minoritaire 2e génération	41,2	16,3	15,0*	22,9	4,6**
Majoritaire	44,7	19,6	19,8	12,5	3,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.5

Utilisation de contraceptifs oraux selon l'âge, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998

	%
Scolarité relative	
15-24 ans	
Plus faible	31,0*
Faible	41,3
Moyenne	48,8
Élevée	44,3
Plus élevée	58,1
25-44 ans	
Plus faible	12,3
Faible	14,2
Moyenne	21,0
Élevée	15,4
Plus élevée	20,0
Total	
Plus faible	16,6
Faible	21,5
Moyenne	32,3
Élevée	23,4
Plus élevée	30,0
Groupe ethnoculturel	
15-24 ans	
Majoritaire	49,6
Minoritaire	13,2**
25-44 ans	
Majoritaire	16,7
Minoritaire	15,2*
Total	
Majoritaire	26,4
Minoritaire	14,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.6

Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

Temps écoulé depuis le dernier ECS	Test de PAP				
	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%				
Moins de 12 mois	76,6	7,9	8,7	5,0	1,9
Un à deux ans	18,4	61,3	13,0	4,2	3,2*
Plus de deux ans	12,7	11,1	60,7	10,6	4,9*
Jamais	15,5	9,3	13,1	56,6	5,5*
Ne sait pas	14,8**	6,9*	5,3*	14,1*	59,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.7

Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie population féminine de 50 à 69 ans, Québec, 1998

Temps écoulé depuis la dernière mammographie	Test de PAP			
	2 ans et moins	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%			
Deux ans et moins	74,0	18,0	4,3*	3,7
Plus de deux ans	33,5	51,5	8,0*	7,0
Jamais	27,0	40,4	25,8	6,9**
Ne sait pas	25,4*	24,7**	10,4*	39,6**

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.11.8

Divers comportements préventifs selon l'utilisation de contraceptifs oraux et l'hormonothérapie en rapport avec la ménopause ou pour une autre raison, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Test de PAP depuis moins de 12 mois	ECS depuis moins de 12 mois	Mammographie depuis deux ans et moins
	%		
Utilisation de contraceptifs oraux			
Oui			
15-29 ans	75,0	61,5	...
30-39 ans	72,3	64,4	...
Non			
15-29 ans	37,7	29,1	...
30-39 ans	45,9	41,9	...
Hormonothérapie de substitution en rapport avec la ménopause ou pour une autre raison			
Oui			
40-49 ans	69,5	73,3	61,2
50-69 ans	51,3	66,6	82,1
Non			
40-49 ans	43,6	46,2	33,3
50-69 ans	29,4	44,1	52,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

État de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

Problèmes de santé

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Accidents avec blessures

Santé mentale

Idées suicidaires et parasuicides

Incapacité et limitations d'activité

Chapitre 12

Perception de l'état de santé

Madeleine Levasseur
Institut national de santé publique du Québec

Introduction

La perception ou l'autoévaluation de l'état de santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé. Cet indicateur est considéré comme fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études (Santé Québec, 1988; Shadbolt, 1997).

Des études qualitatives portant sur le sens des réponses à la question type de la perception de l'état de santé montrent que la majorité des gens associent la santé à des facteurs physiques, biologiques ou physiologiques, tels la présence ou non de problèmes de santé ou de maladies, la capacité fonctionnelle (soit la mobilité), la condition physique en général et le degré de vitalité ressenti (Shadbolt, 1997). Parmi les autres facteurs évoqués, les comportements individuels favorables ou défavorables à la santé sont les plus fréquents, suivent les facteurs psychosociaux. Les jeunes, moins touchés par la maladie, se réfèrent surtout à des comportements ou à des habitudes de vie tandis que les personnes plus âgées mentionnent plutôt des problèmes de santé (Krause et Jay, 1994).

D'un point de vue quantitatif, la perception de l'état de santé est associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle, à la limitation des activités et, dans une moindre mesure, à l'état de santé mentale et sociale (Segovia et autres, 1989a; Mays et autres, 1992; Hagan-Hennessy et autres, 1994). Il existe également un lien entre cet indicateur et les habitudes de vie ou comportements individuels reliés à la santé. Ainsi, une mauvaise perception de l'état de santé a été associée à des comportements personnels dont le tabagisme et la sédentarité (Segovia et autres, 1989b). Par ailleurs, les personnes ayant un excès de poids perçoivent plus négativement leur état de santé que les personnes dont le poids est considéré comme un poids santé ou normal (Ferraro et Yu, 1995; Santé Québec, 1995).

Outre l'âge, la scolarité de même que le revenu et la profession comptent parmi les caractéristiques sociodémographiques qui influencent la perception de l'état de santé (Mackenbach-Van Den Bos et autres, 1994; Cavelaars et autres, 1998; Reijneveld, 1998). L'indicateur varie aussi en fonction du soutien social, de l'utilisation des services de santé et de la prise de médicaments (Santé Québec, 1995; Segovia et autres, 1989b).

Dans le prolongement des enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet, à l'aide de l'autoévaluation de la santé, de suivre l'évolution de l'état général de santé de la population et des divers sous-groupes qui la composent. De pair avec d'autres indicateurs, la perception de l'état de santé peut être utilisée pour évaluer les besoins en vue d'assurer une meilleure répartition des ressources sociosanitaires (Pampalon et autres, 1994).

Le but de ce chapitre est de présenter la perception de l'état de santé selon les principales caractéristiques de la population de 15 ans et plus et d'examiner son évolution depuis 1987. De façon spécifique, la perception de l'état de santé est étudiée en fonction du sexe, de l'âge, de certains facteurs socioéconomiques comme le niveau de revenu, la scolarité et la

profession, et de quelques comportements individuels dont le tabagisme et l'activité physique. Est également examiné, le lien entre la santé perçue et certains autres indicateurs concernant la santé et le recours aux services de santé.

12.1 Aspects méthodologiques

Ayant été validée par de nombreuses études comme indicateur de santé, la variable de la perception de l'état de santé est maintenant intégrée dans la plupart des enquêtes. Dans celle-ci, la question qui s'y rattache se lit comme suit : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » (question 1 du Questionnaire autoadministré [QAA]). Cette formulation est la même que celle des enquêtes antérieures de Santé Québec, soit l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La comparaison entre les trois enquêtes s'en trouve donc facilitée.

Il faut garder en mémoire qu'à l'exception de la scolarité relative, les variables de croisement utilisées dans l'analyse qui suit ne sont pas normalisées selon l'âge. Or on sait que l'âge est un facteur important lorsqu'il s'agit de la santé. Par conséquent, le statut d'activité de même que les indicateurs de santé et de recours aux services comptent parmi les variables pour lesquelles l'âge devient possiblement un facteur confondant lorsqu'il s'agit de vérifier les relations qui peuvent exister entre celles-ci et la perception de la santé. Le taux de non-réponse partielle à la question sur la perception de la santé est de 4,8 %.

12.2 Résultats

12.2.1 Variations selon le sexe et l'âge

La très grande majorité de la population (89 %) évalue son état de santé comme bon, très bon ou excellent (tableau 12.1). Près d'une personne sur cinq (18 %) le qualifie d'excellent et environ une personne sur trois le juge très bon (36 %) ou bon (35 %). Le reste de la population, soit 11 %, estime que son état de santé est moyen (9 %) ou mauvais (2 %).

Tableau 12.1
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
			%		
Hommes					
15-24 ans	24,2	42,5	27,2	5,5	0,6
25-44 ans	21,4	38,6	33,2	6,1	0,8
45-64 ans	17,8	35,2	34,5	9,7	2,9
65 ans et plus	12,1	24,0	41,6	17,1	5,2
Total	**19,6**	**36,4**	**33,6**	**8,4**	**2,0**
Femmes					
15-24 ans	17,8	41,0	33,6	6,7	0,9
25-44 ans	19,1	39,5	34,2	6,1	1,1
45-64 ans	16,0	35,0	35,6	9,9	3,4
65 ans et plus	10,6	24,6	41,6	19,5	3,8
Total	**16,6**	**36,0**	**35,7**	**9,5**	**2,2**
Sexes réunis					
15-24 ans	21,1	41,7	30,4	6,1	0,7
25-44 ans	20,2	39,0	33,7	6,1	1,0
45-64 ans	16,9	35,1	35,0	9,8	3,2
65 ans et plus	11,2	24,3	41,6	18,5	4,4
Total	**18,1**	**36,2**	**34,7**	**9,0**	**2,1**
Pe '000	**1 057**	**2 112**	**2 017**	**520**	**119**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Bien que dans l'ensemble il y ait proportionnellement moins de femmes que d'hommes à se déclarer en excellente santé (17 % c. 20 %), aucune différence significative entre les deux sexes ne s'observe par groupe d'âge.

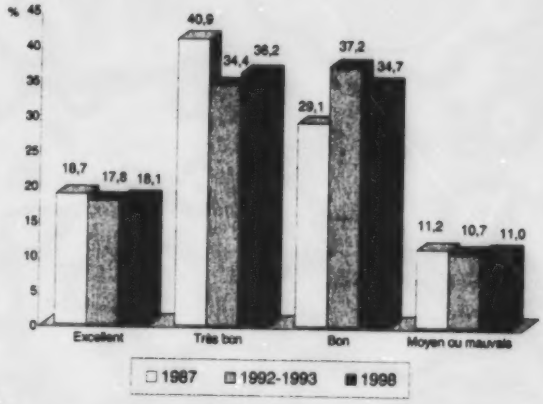
La perception de l'état de santé varie en fonction de l'âge. D'une manière générale, la proportion de personnes qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé diminue avec l'âge (tableau 12.1). L'inverse se produit pour la proportion de personnes qui qualifient leur santé de bonne, moyenne ou mauvaise. Les personnes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 44 ans évaluent leur santé de façon similaire. On n'observe pas de différence significative entre ces deux groupes d'âge quel que soit le niveau de santé considéré. La proportion des personnes qualifiant leur état de santé de moyen ou mauvais est nettement plus élevée chez le groupe des 45-64 ans comparativement aux groupes d'âge plus jeunes (13 % c. 7 %). Les personnes de 65 ans et plus se démarquent de façon significative de celles des autres groupes puisqu'une plus faible proportion d'entre elles se considèrent en excellente ou en très bonne santé et une plus forte proportion estime que son état de santé est moyen ou mauvais.

12.2.2 Évolution de 1987 à 1998

Entre 1987 et 1998, l'autoévaluation de l'état de santé ne présente pas de variation importante. Dans l'ensemble, la proportion de personnes qui se perçoivent en excellente santé est demeurée stable (environ 18 %) (figure 12.1 et tableau C.12.1). Cependant, les jeunes de 15 à 24 ans ont tendance à être proportionnellement moins nombreux à qualifier leur santé d'excellente. Les personnes de 45 à 64 ans et celles de 65 ans et plus présentent la tendance inverse : elles sont, en proportion, plus nombreuses à se considérer en excellente santé. Les différences ne sont toutefois pas significatives.

Il y a également une stabilité quant à la proportion de la population déclarant un état de santé moyen ou mauvais, soit environ une personne sur dix (tableau C.12.1). On note, cependant, des variations selon l'âge. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux en 1998 qu'en 1987 à évaluer négativement leur état de santé (7 % c. 4,4 %). Par contre, l'inverse se produit pour les personnes de 45 à 64 ans (13 % c. 18 %). La proportion des personnes de 65 ans et plus qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé tend également à s'atténuer avec les années (23 % c. 27 %).

Figure 12.1
Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En ce qui concerne les états de santé intermédiaires, des écarts entre le fait de se sentir en très bonne ou en bonne santé sont à souligner. En 1992-1993, les personnes de moins de 45 ans ont évalué moins favorablement leur santé qu'en 1987. En effet, on constate une baisse de la proportion des personnes qui se percevaient en très bonne santé et une hausse de celles qui se disaient en bonne santé. Pour ce même groupe d'âge, cette tendance semble s'être renversée entre 1992-1993 et 1998. Les proportions ne sont toutefois pas revenues au niveau de celles de 1987.

Tableau 12.2
Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Scolarité relative				
Plus faible	15,0	29,0	38,4	17,6
Faible	17,2	34,8	37,4	10,7
Moyenne	16,4	39,2	34,8	9,6
Élevée	17,8	37,9	34,1	10,2
Plus élevée	23,9	40,0	28,9	7,2
Niveau de revenu				
Très pauvre	17,0	27,1	33,0	22,9
Pauvre	15,4	29,3	36,1	19,2
Moyen inférieur	16,4	34,7	37,1	11,9
Moyen supérieur	18,8	39,3	34,6	7,2
Supérieur	23,6	42,2	27,6	6,6
Statut d'activité				
En emploi	20,8	40,1	33,8	5,3
Aux études	21,4	39,9	31,2	7,5
À la maison	13,4	32,5	39,0	15,1
À la retraite	12,0	26,4	38,3	23,4
Sans emploi	11,6	24,2	30,7	33,5
Catégorie professionnelle[1]				
Professionnel, cadre supérieur	26,5	42,9	26,4	4,2*
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	22,9	43,1	29,7	4,4
Employé de bureau, de commerce et de service	18,6	41,2	34,3	5,9
Contremaître, ouvrier qualifié	18,8	37,6	38,2	5,5
Ouvrier non qualifié, manœuvre	20,3	39,0	34,7	6,0*

1. Population qui occupe un emploi.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

12.2.3 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

L'état de santé perçu est associé à la scolarité relative. Comme l'indique le tableau 12.2, les personnes les moins scolarisées sont les plus nombreuses à se déclarer en moyen ou mauvais état de santé, soit près d'une personne sur cinq (18 %), ce qui équivaut environ au double de la proportion observée chez les personnes ayant le plus haut niveau de scolarité (7 %). Toutefois, il ne semble pas y avoir de différence entre les trois plus hauts niveaux de scolarité. De la même façon, 24 % des gens les plus instruits contre 15 % des moins instruits se perçoivent en excellente santé mais les différences ne sont pas significatives entre les quatre premiers niveaux de scolarité.

On observe un phénomène semblable pour ce qui est du niveau de revenu. Les personnes appartenant à la catégorie de revenu supérieur sont plus nombreuses (24 %) à qualifier leur santé d'excellente que les personnes classées comme étant pauvres (15 %) ou ayant un revenu moyen inférieur (16 %). Toutefois, les données ne permettent pas de déceler d'écarts entre les quatre niveaux de revenu les plus faibles. En ce qui concerne le fait de se percevoir en moyen ou mauvais état de santé, les personnes provenant des ménages pauvres et très pauvres affichent des proportions similaires et nettement supérieures à celles présentées par les mieux nantis.

La perception de l'état de santé varie selon le statut d'activité de la population. Les personnes qui occupent un emploi et les étudiants sont, en proportion, plus nombreux à qualifier leur état de santé d'excellent ou très bon et moins nombreux à le juger moyen ou mauvais que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. Le tiers des personnes sans emploi jugent leur état de santé moyen ou mauvais comparativement aux autres groupes où les proportions varient de 5 % à 23 % (personnes en emploi, étudiants, personnes à la maison et retraités, principalement âgés de 65 ans et plus).

Il y a une association entre l'autoévaluation de l'état de santé et la catégorie professionnelle. Comparativement aux professionnels et cadres supérieurs (27 %), les employés de bureau, de commerce et de service de même que les contremaîtres et ouvriers qualifiés sont proportionnellement moins nombreux à se percevoir en excellente santé (19 % respectivement) et plus nombreux à se considérer en bonne santé (34 % et 38 % c. 26 %). On n'observe toutefois pas de différence significative entre les catégories autres que celle des professionnels et cadres supérieurs pour les deux états de santé mentionnées précédemment. Les autres états de santé ne présentent pas de variation selon la catégorie professionnelle.

12.2.4 Variations selon certains comportements individuels et autres déterminants de la santé

L'activité physique de loisir et le tabagisme sont des comportements individuels associés à la perception de l'état de santé. Chez les personnes les plus actives, c'est-à-dire celles qui font des activités physiques au moins trois fois par semaine, il y a proportionnellement plus de personnes qui se considèrent en excellente santé (27 %) que chez les personnes moins actives ou sédentaires (de 14 % à 17 %) (tableau 12.3). À l'autre extrême, les personnes inactives dans leurs loisirs sont plus nombreuses (19 %) à évaluer leur état de santé comme étant moyen ou mauvais que les personnes physiquement actives, quelle que soit la fréquence des activités pratiquées (de 7 % à 10 %).

Dans l'ensemble, les non-fumeurs (les personnes qui n'ont jamais fumé et les anciens fumeurs) se considèrent en meilleure santé que les personnes qui fument régulièrement la cigarette (tableau 12.3). Si l'on compare les personnes qui n'ont jamais fumé aux fumeurs réguliers, les écarts sont relativement importants pour celles qui se déclarent en excellente santé (21 % c. 13 %) et les personnes qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais (9 % c. 14 %). La perception de l'état de santé des fumeurs occasionnels s'apparente davantage à celle des non-fumeurs qu'à celle des fumeurs réguliers.

Tableau 12.3
Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
		%		
Activité physique de loisir				
Aucune fois	14,1	28,2	38,7	19,1
1-3 fois/mois	13,0	39,5	37,6	9,9
1-2 fois/semaine	16,8	40,9	36,2	6,2
3 fois/semaine et plus	27,4	38,8	26,8	7,1
Type de fumeur				
Jamais fumé	21,4	36,9	32,6	9,1
Ancien fumeur	19,0	37,9	33,2	9,8
Fumeur occasionnel	19,1	40,9	33,0	7,1*
Fumeur régulier	13,4	34,5	38,0	14,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 12.4
Perception de l'état de santé selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
		%		
Hommes				
Poids insuffisant	14,0	29,4	41,2	15,4
Poids acceptable	23,0	39,0	29,5	8,6
Excès de poids	14,9	33,8	38,8	12,6
Femmes				
Poids insuffisant	19,4	31,9	35,4	13,4
Poids acceptable	18,7	39,3	33,7	8,3
Excès de poids	9,4	32,0	39,9	18,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La perception de l'état de santé varie en fonction de l'indice de masse corporelle chez les hommes et chez les femmes. Les hommes qui se classent dans la catégorie poids acceptable se démarquent de ceux qui se classent dans la catégorie excès de poids ou poids insuffisant en étant proportionnellement plus nombreux à qualifier leur état de santé d'excellent ou de très bon et moins nombreux à le juger de bon à mauvais (tableau 12.4). La proportion de femmes se classant dans les catégories poids acceptable et poids insuffisant qui se considèrent en excellente santé est semblable (19 %) et plus élevée que la proportion observée parmi celles se classant dans la catégorie excès de poids (9 %). Le fait de se considérer en moyen ou mauvais état de santé est plus fréquent chez les femmes se situant dans les catégories poids insuffisant ou excès de poids que celles qui se classent dans la catégorie poids acceptable.

La perception de la santé varie aussi selon le niveau de soutien social perçu (tableau 12.5). Les personnes se classant au niveau faible de l'indice de soutien social jugent plus négativement leur état de santé que les personnes qui se classent au niveau élevé.

Ainsi, 17 % d'entre elles estiment que leur état de santé est moyen ou mauvais contre seulement 9 % chez les personnes dont le niveau à l'indice de soutien est élevé. Elles sont également en moins grand nombre à qualifier leur santé d'excellente ou de très bonne (44 % c. 57 %) (tableau 12.5).

Tableau 12.5
Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
		%		
Faible	13,6	30,2	39,1	17,1
Élevé	19,3	38,1	33,3	9,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

12.2.5 Variations selon certains indicateurs de santé

Sont associés à la perception de l'état de santé tous les indicateurs de santé physique et mentale retenus, soit la limitation d'activité à long terme (en raison d'un problème de santé), la présence et la durée des problèmes de santé, la perception de la santé mentale et la détresse psychologique.

Plus de la moitié (52 %) des personnes limitées dans leurs activités considèrent leur état de santé comme moyen ou mauvais, et seulement 14 % comme excellent ou très bon, contre 6 % et 59 % respectivement chez les personnes non limitées (tableau 12.6). Malgré leur incapacité, près du tiers des personnes limitées dans leurs activités considèrent leur état de santé comme bon. Une proportion similaire s'observe chez les personnes non limitées.

Tableau 12.6

Perception de l'état de santé selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Limitations d'activité à long terme				
Limité	2,8*	11,4	34,2	51,7
Non limité	19,9	39,1	34,7	6,3
Durée des problèmes de santé				
Aucun problème	26,5	41,1	29,1	3,3
Problème de courte durée	21,3	44,5	30,1	4,1*
Un problème de longue durée	18,8	39,5	35,2	6,5
Plus d'un problème de longue durée	9,6	27,6	40,3	22,6
Perception de la santé mentale				
Excellente	33,4	39,2	21,9	5,6
Très bonne	13,3	46,2	33,4	7,1
Bonne	6,4	23,5	54,6	15,5
Moyenne ou mauvaise	5,1*	16,2	40,8	37,9
Indice de détresse psychologique				
Bas ou moyen	20,1	38,7	32,8	8,4
Élevé	11,5	29,4	39,8	19,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les personnes qui ne rapportent aucun problème de santé sont proportionnellement plus nombreuses à qualifier leur état de santé comme excellent (27 %) que les personnes qui ont des problèmes de santé (de 10 % à 21 %). Parmi ces dernières, celles qui ont plus d'un problème de longue durée se distinguent par une forte proportion de personnes qui jugent leur état de santé moyen ou mauvais, soit 23 %, contre 7 % pour les personnes qui ont un seul problème de longue durée et 4,1 % pour les personnes qui ne déclarent que des problèmes de courte durée.

Près des trois quarts (73 %) des personnes qui se considèrent en excellente santé mentale perçoivent leur état de santé général comme étant excellent ou très bon. De la même façon, environ 79 % des personnes qui évaluent leur santé mentale comme étant moyenne ou mauvaise jugent leur état de santé général de bon à mauvais.

En ce qui concerne la détresse psychologique, on observe que les personnes qui se situent au niveau élevé de l'indice sont près de deux fois moins nombreuses à se percevoir en excellente santé (12 % c. 20 %) et environ deux fois plus nombreuses à se considérer en moyen ou en mauvais état de santé que les personnes se situant au niveau bas ou moyen de l'indice (19 % c. 8 %).

12.2.6 Variations selon le recours aux services de santé

La consommation de médicaments et le recours à un professionnel de la santé sont associés à l'autoévaluation de l'état de santé. Comme l'indique le tableau 12.7, la proportion de personnes qui se perçoivent en moyen ou en mauvais état de santé s'accroît avec l'usage de médicaments. Elle passe de 5 % chez les personnes qui n'ont pris aucun médicament au cours d'une période de deux jours à 28 % chez celles qui en ont pris trois ou plus. La situation s'inverse en ce qui concerne le fait d'être en excellente santé. On observe le même phénomène en ce qui a trait à la consultation d'un professionnel de la santé. Lorsque le nombre de consultations au cours d'une période de deux semaines s'accroît, la proportion de personnes qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé augmente (de 8 % à 25 %) tandis que la proportion de celles qui se disent en excellente santé diminue (de 20 % à 9 %).

Tableau 12.7
Perception de l'état de santé selon certains indicateurs d'utilisation de soins et services de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

Recours aux soins et services	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
		%		
Consommation de médicaments[1]				
Aucun médicament	23,4	39,7	31,7	5,2
Un ou deux médicaments	16,8	38,7	36,1	8,5
Trois médicaments ou plus	9,5	24,5	38,5	27,5
Consultation d'un professionnel de la santé[2]				
Aucune consultation	19,7	37,8	34,2	8,3
Une consultation	15,0	33,4	35,0	16,7
Plus d'une consultation	9,4	27,2	38,6	24,9

1. Au cours d'une période de deux jours.
2. Au cours d'une période de deux semaines.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

À la suite des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, l'*Enquête sociale et de santé 1998* vient confirmer que la très grande majorité de la population québécoise de 15 ans et plus considère son état de santé de bon à excellent. Seulement une personne sur dix qualifie sa santé de moyenne ou mauvaise. Dans l'ensemble, la perception de l'état de santé ne présente pas de variation importante depuis 1987. Cependant, il importe de noter que la santé telle que perçue par les personnes de 45 ans et plus tend à s'améliorer. Et, si le mouvement vers une moins bonne santé observé en 1992-1993 chez les moins de 45 ans tend à se redresser, il faut souligner, chez les 15 à 24 ans, une détérioration par rapport à 1987 où l'on observe une plus grande proportion de jeunes qui qualifient leur santé de moyenne ou mauvaise.

La perception de l'état de santé varie selon l'âge, mais les véritables écarts n'apparaissent qu'à partir de 45 ans. Les personnes de 45 à 64 ans évaluent leur santé plus négativement que les plus jeunes, mais elles sont proportionnellement plus nombreuses que les 65 ans et plus à se considérer en excellente ou très bonne santé.

L'enquête montre l'existence d'un lien entre la perception de l'état de santé et certaines caractéristiques sociales et économiques. En général, les gens les moins scolarisés et les plus pauvres évaluent moins favorablement leur santé que les plus scolarisés et les mieux nantis mais les résultats ne permettent pas de déceler des variations systématiques d'un niveau de scolarité ou de revenu à l'autre. Par ailleurs, les personnes qui occupent un emploi se perçoivent en meilleure santé que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. L'enquête permet de constater une fois de plus qu'un niveau de soutien social élevé est associé positivement à la perception de la santé.

En continuité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, des écarts dans la perception de l'état de santé sont à souligner en ce qui concerne l'usage de la cigarette et la pratique d'activités physiques de loisir. On observe que les fumeurs et les personnes sédentaires ou peu actives se considèrent en moins bonne santé que les non-fumeurs ou les personnes physiquement actives.

Relié à la génétique et aux comportements personnels, principalement la pratique de l'activité physique et l'alimentation, le poids corporel est associé à l'état de santé perçu. Selon l'enquête, les hommes et les femmes dont le poids déclaré est acceptable jugent plus

favorablement leur santé que les hommes et les femmes classés dans la catégorie excès de poids.

La présente enquête permet de vérifier l'étroite association entre la perception de l'état de santé et certains autres indicateurs de santé. Ainsi, les personnes limitées dans leurs activités habituelles de même que celles qui rapportent des problèmes de santé se perçoivent en moins bonne santé que les personnes qui ne déclarent ni limitation, ni problème. Il y a également cohérence entre la perception générale de la santé et la perception de la santé mentale.

Le lien entre l'autoévaluation de la santé et le recours aux soins et services de santé est également manifeste. Ainsi, l'appréciation de la santé devient plus négative à mesure que le nombre de consultations d'un professionnel de la santé augmente. On observe le même phénomène en ce qui a trait à la consommation de médicaments.

L'évolution de la santé perçue par les jeunes adultes de 15 à 24 ans mérite une attention particulière. Elle devrait être mise en relation avec l'évolution de certains indicateurs de santé, surtout ceux qui permettent d'évaluer l'état de santé mentale comme, par exemple, la détresse psychologique qui affecte une proportion relativement importante de jeunes parmi ce groupe d'âge. Un parallèle pourrait également être fait entre l'évolution des caractéristiques socioéconomiques et les habitudes de vie de ces jeunes. Enfin, il serait intéressant de vérifier les mêmes relations chez les personnes de 45 ans et plus puisque ces dernières ont tendance à s'estimer en meilleure santé qu'en 1987.

Éléments de réflexion pour la planification

L'*Enquête sociale et de santé 1998* rappelle une fois de plus l'existence d'inégalités en matière de santé. Si celles qui sont reliées à l'âge ne sont pas totalement évitables, d'autres le sont, du moins elles peuvent être atténuées par des actions qui relèvent principalement de la promotion de la santé. Réalisables à long terme, certaines actions doivent être poursuivies comme, par exemple, celles qui ont trait à une meilleure redistribution de la richesse collective et à une meilleure formation de base pour tous. Sur le plan des comportements individuels, les approches visant à réduire le tabagisme et à promouvoir l'activité physique doivent se diversifier et s'adapter aux différents groupes cibles.

Enfin, la présente enquête met en lumière le fait que l'autoévaluation de l'état de santé constitue un indicateur appréciable de l'état de santé de la population. Facile d'application, l'indicateur peut être utilisé autant au niveau national que régional et local comme instrument de surveillance de l'état général de santé des populations. Tout en permettant d'identifier les groupes de la population qui nécessitent une attention particulière, cet indicateur devient alors utile pour les interventions en santé publique et, en particulier, pour celles qui visent à mieux gérer l'utilisation et l'allocation des ressources.

Bibliographie

CAVELAARS, A., A. E. KUNST, J. J. M. GEURTS et autres (1998). « Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, p. 219-227.

FERRARO, F. K., et Y. YU (1995). « Body weight and self-ratings of health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36 (September), p. 274-284.

HAGAN-HENNESSY, C., D. G. MORIARTY, M. M. ZACK, P. A. SCHERR et R. BRACKBILL (1994). « Measuring health-related quality of life for public health surveillance », *Public Health Reports*, vol. 109, n° 5, p. 665-671.

KRAUSE, N. M., et G. M. JAY (1994). « What do global self-rated health items measure? », *Medical Care*, vol. 32, n° 4, p. 930-942.

MACKENBACH-VAN DEN BOS, J., I. M. A. JOUNG, H. VAN DE MHEEN et K. STRONKS (1994). « The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 6, p. 1273-1281.

MAYS, N., S. CHINN et K. M. HO (1992). « Interregional variations in measures of health from the Health and Lifestyle Survey and their relation with indicators of health care need in England », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 46, p. 38-47.

PAMPALON, R., A. SAUCIER, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, R. COUTURE, P. CARIS, L. FORTIN L. LACROIX et R. KIROUAC (1994). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, 72 p.

REIJNEVELD, S. A. (1998). « The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking », *International Epidemiological Association*, vol. 27, p. 33-40.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992–1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992–1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 412 p.

SEGOVIA, J., R. F. BARTLETT et A. C. EDWARDS (1989a). « An empirical analysis of the dimensions of health status measures », *Social Science and Medicine*, vol. 129, n° 6, p. 761-768.

SEGOVIA, J., R. F. BARTLETT et A. C. EDWARDS (1989b). « The association between self-assessed health status and individual health practices », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, p. 32-37.

SHADBOLT, B. (1997). « Some correlates of self rated health for Australian women », *American Journal of Public health*, vol. 87, n° 6, p. 951-956.

Tableau complémentaire

Tableau C.12.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998

	Excellent			Très bon			Bon			Moyen ou mauvais		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%											
Hommes												
15-24 ans	30,3	27,7	24,2	44,8	38,9	42,5	21,5	28,5	27,2	3,4	4,9	6,1
25-44 ans	22,5	21,1	21,4	45,0	37,2	38,6	26,0	35,1	33,2	6,5	6,6	6,9
45-64 ans	16,5	17,5	17,8	35,2	30,8	35,2	31,9	38,0	34,5	16,4	13,6	12,6
65 ans et plus	10,3	11,0	12,1	29,6	23,9	24,0	33,0	44,0	41,6	27,1	21,1	22,3
Total	**21,4**	**20,1**	**19,6**	**40,9**	**34,3**	**36,4**	**27,3**	**35,7**	**33,6**	**10,4**	**9,8**	**10,4**
Femmes												
15-24 ans	17,7	18,0	17,8	47,9	37,6	41,0	28,9	37,6	33,6	5,4	6,8	7,6
25-44 ans	19,1	17,9	19,1	47,7	38,3	39,5	26,6	36,7	34,2	6,6	7,1	7,2
45-64 ans	12,8	14,0	16,0	33,9	32,6	35,0	34,3	39,1	35,6	19,0	14,4	13,3
65 ans et plus	10,8	8,5	10,6	22,2	22,6	24,6	40,2	44,5	41,6	26,8	24,4	23,3
Total	**16,1**	**15,5**	**16,6**	**40,9**	**34,4**	**36,0**	**30,8**	**38,6**	**35,7**	**12,2**	**11,5**	**11,7**
Sexes réunis												
15-24 ans	24,1	22,9	21,1	46,3	38,3	41,7	25,2	33,0	30,4	4,4	5,9	6,8
25-44 ans	20,8	19,5	20,2	46,4	37,8	39,0	26,3	35,9	33,7	6,6	6,8	7,1
45-64 ans	14,6	15,7	16,9	34,5	31,8	35,1	33,1	38,5	35,0	17,8	14,0	13,0
65 ans et plus	10,6	9,5	11,2	25,3	23,2	24,3	37,2	44,3	41,6	26,9	23,0	22,9
Total	**18,7**	**17,8**	**18,1**	**40,9**	**34,4**	**36,2**	**29,1**	**37,2**	**34,7**	**11,4**	**10,7**	**11,1**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 13
Problèmes de santé

Madeleine Lavasseur
Institut national de santé publique du Québec

Lise Goulet
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Introduction

Le but du présent chapitre est d'analyser la morbidité subjective, c'est-à-dire les problèmes de santé ressentis ou perçus par la population. Ces derniers sont abordés sous l'angle de la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et sous celui de la nature des principaux problèmes de santé déclarés.

En plus d'être étroitement associée à l'âge et au sexe, la morbidité déclarée, comme les autres indicateurs de santé, dont l'incapacité et la perception de l'état de santé, varie en fonction des caractéristiques socioéconomiques de la population (Mackenach et Kunst, 1997; Cavelaars et autres, 1998). L'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ont montré que les personnes les moins scolarisées ou les moins favorisées sur le plan économique se considèrent en moins bonne santé que les personnes dont le niveau de scolarité ou de revenu est le plus élevé. Les premières sont également plus nombreuses que les secondes à être limitées dans leurs activités normales en raison d'un problème de santé (Santé Québec, 1988; Santé Québec, 1995). Selon les résultats de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, le taux d'incidence de certaines maladies chroniques, dont l'hypertension artérielle, la cataracte, la bronchite ou l'emphysème, est plus élevé chez les personnes à revenu inférieur ou moyen inférieur que chez les personnes à revenu moyen supérieur ou supérieur (Statistique Canada, 1998).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* donne l'opportunité de suivre, dans le temps, l'évolution des problèmes de santé. Bien que dix années seulement se soient écoulées entre la première enquête et l'enquête actuelle, ce laps de temps semble suffisant pour que certaines tendances attendues, parce qu'elles ont été vérifiées dans d'autres pays, puissent être observées ici même au Québec.

De façon générale, on peut s'attendre à une augmentation de la prévalence de la morbidité déclarée liée aux problèmes de santé, en particulier de celle liée à des problèmes de longue durée, et ce, en raison du vieillissement de la population. Une telle augmentation devrait se faire sentir, notamment, au niveau des problèmes ostéo-articulaires, des cancers, du diabète adulte et des incapacités physiques et intellectuelles directement liées au vieillissement. Nonobstant cette réalité démographique, certains problèmes de santé sont susceptibles d'évoluer dans le temps, soit à la hausse soit à la baisse, en raison de changements dans les niveaux d'exposition à des facteurs environnementaux, de modifications dans les habitudes de vie, de l'accroissement de la performance des procédures diagnostiques et d'une plus grande efficacité des interventions préventives et thérapeutiques.

Une diminution de l'incidence des maladies cardio-vasculaires (MCV) a été enregistrée récemment en Europe (Lepori et autres, 1997) et, plus près de nous, une diminution de l'incidence de l'infarctus du myocarde a été signalée en Nouvelle-Écosse (The Nova Scotia-Saskatchewan cardiovascular disease epidemiology group, 1992). Parallèlement à ces deux

phénomènes, une diminution progressive de la mortalité par MCV a été observée, au Canada, depuis les 25 dernières années (Statistique Canada, 1996). Cet état de fait est dû à des gains thérapeutiques importants, à des changements dans les habitudes de vie et à une meilleure prise en charge des facteurs de risque. La prévalence du diabète serait par contre en hausse en raison principalement de la longévité accrue des diabétiques, du vieillissement de la population et d'une augmentation de la proportion de personnes obèses (Barcelo, 1996; Leibson et autres, 1997; Ford et autres, 1997). Enfin, on peut s'attendre à un accroisse-ment de l'incidence des allergies respiratoires (asthme et rhinite allergique) chez l'enfant, cette hausse étant en partie attribuée à la présence de contaminants de l'air intérieur tels les acariens et les moisissures (Paty et autres, 1996).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de vérifier l'évolution de problèmes de santé physique ciblés par la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992), soit les maladies cardiovasculaires, les maux de dos, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire. Cependant, seul l'objectif relié aux maux de dos précise la réduction attendue de la prévalence du problème, soit une diminution de 10 % entre 1992 et 2002. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et de l'appareil respiratoire, l'objectif vise une réduction de la mortalité, alors que dans le cas de l'arthrite et du rhumatisme, il vise une diminution de la durée de l'incapacité qui y est associée.

Le présent chapitre analyse le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés selon l'âge et le sexe de la population, ainsi qu'en fonction du niveau de revenu, du statut d'activité et de la profession des personnes qui occupent un emploi, ces caractéristiques étant généralement associées à l'état de santé de la population. Par la suite, il décrit, pour l'ensemble de la population et pour chaque groupe d'âge, la prévalence des principaux problèmes de santé et compare cette prévalence à celle établie lors de l'enquête *Santé Québec 1987*. Une présentation plus détaillée des maladies cardiaques et du diabète permet de voir leur évolution par âge et sexe entre 1987 et 1998. Enfin, quelques paragraphes résument l'évolution de l'asthme et de la rhinite allergique et décrivent l'impact de l'asthme sur l'utilisation des services.

13.1 Aspects méthodologiques

13.1.1 Indicateurs

Dans le but de favoriser la comparaison avec l'enquête de 1987, les questions relatives aux problèmes de santé sont à quelques exceptions près demeurées les mêmes. Il est à noter que les problèmes de santé n'avaient pas fait l'objet d'une analyse détaillée depuis l'enquête *Santé Québec 1987*. La manière de colliger les données sur les problèmes de santé est également la même que celle utilisée en 1987, qui était, il faut le rappeler, calquée sur la méthode employée pour analyser les données de l'enquête *Santé Canada 1978*. Elle consiste à réunir, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Il s'agit des sections portant sur les problèmes à l'origine de l'incapacité de courte durée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (section III) et de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (section IV), ainsi que la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois (section V) et la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VI). Dans l'ensemble, les problèmes déclarés peuvent être des maladies ou des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Tous les problèmes sont repris à la section IX et, pour chacun, on demande : a) depuis quand la personne a le problème, b) si le problème a été confirmé par un médecin, et c) si la personne a consulté quelqu'un pour le problème. On peut mentionner au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin. Cette information provient des réponses obtenues pour environ 90 % des problèmes de santé.

Chaque problème déclaré est codé selon la 9e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977); les codes « V », correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.) ou aux motifs de recours aux services qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclus de l'analyse.

En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont été regroupés en 31 catégories incluant une catégorie « autres » qui regroupe les problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population. Pour les fins de la comparaison, les regroupements utilisés dans la présente enquête ont été appliqués aux données de l'enquête *Santé Québec 1987*.

L'exemple suivant illustre la méthode utilisée pour le calcul et la classification des problèmes rapportés. Pour une personne qui déclare avoir dû restreindre ses activités pendant quelques jours pour une grippe, au cours d'une période de deux semaines, avoir consulté un médecin pour une lombalgie pendant la même période, avoir consommé, au cours d'une période de deux jours, une aspirine pour « éclaircir le sang » et une hormone pour la ménopause, être allergique au pollen, être limitée dans ses activités normales à cause d'une angine de poitrine et avoir eu une fracture de la jambe dans un accident survenu au cours d'une période de douze mois, chacun de ces problèmes est retenu et codé selon la CIM-9. D'après la classification proposée, les sept problèmes déclarés sont classés de la façon suivante : grippe est classée dans la catégorie « Grippe »; lombalgie dans « Maux de dos ou de la colonne »; éclaircir le sang dans « Autres maladies du sang »; ménopause dans « Troubles de la menstruation ou de la ménopause »; allergie au pollen dans « Rhinite allergique »; angine de poitrine dans « Maladies cardiaques »; fracture de la jambe dans « Accidents avec blessures ».

La prévalence des problèmes de santé est définie comme étant la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée de problèmes par rapport à la population totale, à la population du même sexe ou à la population du même groupe d'âge.

Outre la prévalence des problèmes de santé, deux autres indicateurs sont utilisés pour décrire la morbidité de la population. Ces indicateurs catégorisent la population selon le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés. Le premier, qui porte sur le nombre de problèmes, comprend trois catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré : « aucun problème de santé », « un problème » et « deux problèmes ou plus ». Le second indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré des problèmes selon la durée de ceux-ci. Il compte quatre catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré : « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement », « un problème de longue durée » et « plus d'un problème de longue durée ». Les personnes ayant des problèmes de longue durée sont celles qui, à la section VI (problèmes de longue durée), ont répondu avoir au moins un problème ou qui, à la section IX, ont répondu avoir un problème d'une durée de six mois et plus. Les personnes n'ayant que des problèmes de courte durée sont celles qui ont déclaré des problèmes non classés comme étant de longue durée.

En prenant en considération la présence et la durée des problèmes de santé, ce deuxième indicateur introduit la notion de chronicité. La plupart des problèmes de courte durée, maladies aiguës et symptômes, ont un impact sur la santé qui est limité dans le temps. Au contraire, les affections de longue durée ou chroniques comptent parmi les principales causes de limitation des activités à long terme, d'hospitalisation et de décès (Verbrugge et autres, 1989). L'analyse qui suit accorde plus d'importance au deuxième indicateur portant sur la durée des problèmes pour mesurer d'une manière générale l'importance fonctionnelle de la morbidité subjective dans la population.

13.1.2 Comparabilité avec l'enquête *Santé Québec 1987*

Si la plupart des questions sur les problèmes de santé sont les mêmes dans les deux enquêtes, quelques modifications apportées au questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de 1998 rendent néanmoins

impossible la comparaison avec certains indicateurs utilisés en 1987. Parmi ces changements, il faut noter la modification de la section V - Accidents avec blessures apportée lors de l'*Enquête sociale et de santé de 1992-1993* pour des raisons de précision et l'ajout de trois questions à la fin de la section VI - Problèmes de santé. Ces changements ont eu pour conséquence d'accroître le nombre de personnes qui ont déclaré des problèmes dans l'ensemble et dans deux catégories de problèmes.

Ainsi, les deux indicateurs portant sur le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés ne peuvent être comparés avec les données de 1987. La conclusion du présent chapitre met toutefois en parallèle les données des deux enquêtes. En ce qui concerne la prévalence des problèmes de santé, les maladies de l'œil ne sont pas comparables en raison de l'ajout de questions sur les cataractes, les maladies de la rétine et le glaucome. Les changements apportés à la section sur les accidents avec blessures ont pour effet d'accroître le nombre d'événements. En 1998, sont retenus les accidents ayant causé des blessures et ayant entraîné des limitations des activités ou une consultation médicale, alors qu'en 1987 seules les blessures obligeant une limitation des activités étaient retenues.

Finalement, une dernière question (QRI104) a été ajoutée en 1998 pour estimer l'existence de périodes de maladie, de symptômes ou de problèmes de santé que l'un ou l'autre des membres du ménage aurait vécus au cours des 4 mois ayant précédé l'enquête et dont il n'aurait pas encore été question dans l'entrevue. L'objet de cette nouvelle question est d'identifier des problèmes de santé aigus que la grille de questions, axée davantage sur les problèmes de longue durée, aurait échappés. Les résultats de cette question ne sont toutefois pas traités dans le présent chapitre.

13.1.3 Portée et limites des données

Il faut rappeler ici que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible. Parce qu'elles ne sont pas habituellement connues par un tiers et aussi à cause de leur nature intime, les maladies transmises sexuellement (MTS), par exemple, sont fort probablement sous-estimées. Ces problèmes sont surtout importants chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ajoutons également une mise en garde concernant les périodes de temps de référence différentes selon les questions. Comme la prévalence d'un problème est fonction de l'incidence (nombre de nouveaux cas) et de la durée du problème, la prise en compte d'une période de référence plus ou moins longue selon les questions aura un effet sur la prévalence.

13.2 Résultats

13.2.1 Nombre et durée des problèmes de santé déclarés

Près des deux tiers de la population (64 %) ont déclaré au moins un problème de santé, qu'il s'agisse de problèmes de santé de longue durée expressément nommés au répondant du ménage ou de problèmes susceptibles d'être à l'origine d'une limitation des activités, d'un recours aux services de santé, de la consommation de médicaments, ou encore de problèmes consécutifs à un accident (tableau 13.1). Environ le quart de la population rapporte un problème et près de 40 % plus d'un problème. Il y a proportionnellement plus de femmes (69 %) que d'hommes (59 %) qui ont des problèmes de santé; la différence est particulièrement importante en ce qui concerne le fait de présenter plus d'un problème, ce qui s'observe chez 46 % des femmes et 32 % des hommes. La proportion de personnes qui déclarent au moins un problème de santé augmente avec l'âge chez les femmes et à partir des 25-44 ans chez les hommes. Les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que les plus jeunes à ne rapporter qu'un seul problème de santé; on n'observe pas de différence significative selon l'âge chez les moins de 65 ans.

Selon les données de l'enquête, plus de la moitié de la population québécoise aurait au moins un problème de santé de longue durée, soit 23 % un seul problème et 30 % plus d'un problème (tableau 13.2). Environ une personne sur dix (11 %) ne rapporte que des affections aiguës ou de courte durée.

Tableau 13.1
Nombre de problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

	Aucun problème	Un problème	Plus d'un problème	Au moins un problème
		%		
Hommes				
0-14 ans	52,6	28,8	18,7	47,4
15-24 ans	51,3	26,8	21,9	48,7
25-44 ans	43,0	28,0	29,0	57,0
45-64 ans	33,0	26,0	41,0	67,0
65 ans et plus	18,2	17,3	64,5	81,8
Total	**41,2**	**26,5**	**32,3**	**58,8**
Femmes				
0-14 ans	56,9	26,3	16,9	43,1
15-24 ans	39,1	25,2	35,7	60,9
25-44 ans	30,0	24,9	45,2	70,0
45-64 ans	19,1	21,9	58,9	80,9
65 ans et plus	10,3	12,7	77,0	89,7
Total	**30,9**	**22,9**	**46,2**	**69,1**
Sexes réunis				
0-14 ans	54,7	27,5	17,8	45,3
15-24 ans	45,3	26,0	28,7	54,7
25-44 ans	36,5	26,5	37,0	63,5
45-64 ans	26,0	24,0	50,1	74,0
65 ans et plus	13,7	14,6	71,7	86,3
Total	**36,0**	**24,7**	**39,3**	**64,0**
Pe '000	**2 583**	**1 769**	**2 821**	**4 590**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon le sexe et l'âge

La différence entre les sexes s'exprime par une plus faible proportion de femmes qui n'ont aucun problème dans l'ensemble (31 % c. 41 %) et dans tous les groupes d'âge, sauf pour les 0-14 ans (tableau 13.2). Elle se manifeste également par une plus grande proportion de femmes qui éprouvent plus d'un problème de longue durée dans l'ensemble (36 % c. 24 %) et dans chacun des groupes d'âge sauf, ici encore, chez les moins de 15 ans.

Les variations selon l'âge apparaissent principalement dans les catégories de personnes qui n'éprouvent aucun problème ou qui ont plus d'un problème de longue durée. Dans le premier cas, la proportion diminue avec l'âge, passant d'environ 55 % chez les moins de 15 ans à près de 14 % chez les 65 ans et plus. En ce qui concerne le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée, la proportion de personnes touchées augmente d'un groupe d'âge à l'autre; d'environ 8 % chez les plus jeunes, elle atteint près de 63 % chez les personnes de 65 ans et plus. Environ une personne de 15 à 64 ans sur quatre (autour de 25 %) déclare un seul problème de santé de longue durée. Pour les 0-14 ans et les 65 ans et plus, la proportion est un peu plus faible, soit 19 % dans chacun des groupes. Enfin, entre 15 et 64 ans, les proportions de personnes qui ne rapportent que des problèmes de courte durée sont similaires et varient, selon le groupe d'âge, entre 9 % et 11 %. Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion est plus faible (4 %) et chez les 0-14 ans, elle est plus élevée (18 %)

Tableau 13.2
Nombre et durée des problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Plus d'un problème de longue durée
		%		
Hommes				
0-14 ans	52,6	18,7	19,4	9,3
15-24 ans	51,3	12,5	21,8	14,4
25-44 ans	43,0	10,9	25,6	20,6
45-64 ans	33,0	8,9	26,1	32,0
65 ans et plus	18,2	4,0*	21,8	56,0
Total	**41,2**	**11,5**	**23,6**	**23,7**
Femmes				
0-14 ans	56,9	18,0	18,4	6,8
15-24 ans	39,1	9,5	26,1	25,3
25-44 ans	30,0	9,8	25,2	35,1
45-64 ans	19,1	8,1	24,7	48,1
65 ans et plus	10,3	3,8*	16,9	68,9
Total	**30,9**	**10,0**	**22,9**	**36,2**
Sexes réunis				
0-14 ans	54,7	18,4	18,9	8,1
15-24 ans	45,3	11,1	23,9	19,7
25-44 ans	36,5	10,3	25,4	27,7
45-64 ans	26,0	8,5	25,4	40,2
65 ans et plus	13,7	3,9	19,0	63,4
Total	**36,0**	**10,8**	**23,3**	**30,0**
Pe '000	**2 583**	**771**	**1 668**	**2 151**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon certaines caractéristiques socio-économiques

Sont retenus comme caractéristiques socio-économiques reliées aux problèmes de santé le revenu, la catégorie professionnelle et le statut d'activité. Il importe de souligner que la scolarité relative n'a pas été retenue pour la présentation des résultats. L'âge et la scolarité étant fortement associés, une fois l'effet de l'âge éliminé, il n'y a pas de variation du nombre et de la durée des problèmes de santé selon le niveau de scolarité.

Le nombre et la durée des problèmes de santé varient selon le niveau de revenu (tableau 13.3). Les différences s'observent principalement entre les personnes pauvres et très pauvres et les personnes faisant partie des classes de revenu moyen supérieur et supérieur. Les premières sont proportionnellement moins nombreuses (20 %) que les secondes (25 % et 27 %) à rapporter un seul problème de longue durée et plus nombreuses à déclarer plus d'un problème (35 % c. 28 %). Les données ne permettent pas de déceler de différence significative entre les catégories de revenu en ce qui concerne le fait de n'avoir aucun problème ou que des problèmes de courte durée.

Il y a une association entre le nombre et la durée des problèmes de santé et la catégorie professionnelle des personnes qui occupent un emploi. Comparativement aux trois autres catégories professionnelles, la classe des contremaîtres et ouvriers qualifiés et celle des ouvriers non qualifiés et manœuvres présentent une proportion plus élevée de personnes n'ayant déclaré aucun problème de santé (42 % c. environ 34 %).

Tableau 13.3
Nombre et durée des problèmes de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Plus d'un problème de longue durée
		%		
Revenu				
Très pauvre	34,2	11,6	19,8	34,5
Pauvre	35,5	9,8	20,0	34,7
Moyen inférieur	37,3	10,4	22,7	29,6
Moyen supérieur	36,6	10,6	24,5	28,4
Supérieur	32,3	13,0	26,7	28,1
Catégorie professionnelle[1]				
Professionnel, cadre supérieur	33,1	9,2	28,7	29,0
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	33,5	11,3	26,0	29,2
Employé de bureau, de commerce et de service	33,9	10,7	25,8	29,6
Contremaître, ouvrier qualifié	41,5	10,7	25,1	22,7
Ouvrier non qualifié, manœuvre	42,6	11,4	22,8	23,2
Statut d'activité habituelle				
En emploi	39,6	10,7	25,7	27,0
Aux études	43,3	10,4	24,9	21,4
À la maison	21,5	6,3	24,8	47,4
À la retraite	15,6	4,6	20,2	59,5
Sans emploi	22,7	7,1	17,8	52,4

1. Population qui occupe un emploi.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les seules autres différences significatives se rapportent aux contremaîtres et ouvriers qualifiés, qui seraient moins nombreux en proportion (23 %) à avoir plus d'un problème de longue durée que les employés de bureau, de commerce et de service (30 %), les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens (29 %) et les professionnels et les cadres supérieurs (29 %).

Le nombre et la durée des problèmes de santé sont également associés au statut d'activité habituelle de la population de 15 ans et plus. Il y a une démarcation évidente entre, d'une part, les personnes à la maison, à la retraite et sans emploi et, d'autre part, les personnes qui étudient et celles qui occupent un emploi. Les premières sont proportionnellement plus nombreuses que les secondes à rapporter plus d'un problème de longue durée et moins nombreuses à n'avoir aucun problème ou à avoir seulement des problèmes de courte durée. Il faut rappeler ici que les personnes à la retraite comprennent principalement des personnes de 65 ans et plus et que les personnes à la maison sont principalement des femmes, dont une partie importante ont plus de 60 ans. Par ailleurs, bien que les personnes sans emploi diffèrent peu des personnes qui occupent un emploi quant à la répartition selon l'âge, elles sont proportionnellement en plus grand nombre à présenter des problèmes de santé de longue durée.

13.2.2 Prévalence des problèmes de santé déclarés et comparaison entre 1987 et 1992

Rappelons que près des deux tiers de la population ont déclaré au moins un problème de santé. Ces problèmes sont reliés à l'incapacité de courte ou de longue durée, à la consultation médicale, à la prise de médicaments, à un accident ou à une maladie chronique reliée ou non à une incapacité.

Ensemble de la population

En 1998, tout comme en 1987, les problèmes déclarés par une plus grande proportion de la population sont les maux de tête, les affections ostéo-articulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne), les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique, les autres allergies et l'hypertension artérielle (tableau 13.4). La prévalence de ces problèmes varie entre environ 9 % (rhinite allergique, allergies ou affections cutanées et hypertension artérielle) et 12 % (maux de tête et arthrite ou rhumatisme). Suivent, avec une prévalence comparable d'environ 5 %, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels et l'asthme, puis les maladies cardiaques (4,6 %), les troubles mentaux (4,3 %) et les périodes de grande nervosité (4,1 %). Comme il a été mentionné précédemment, les données de 1998 sur les accidents avec blessures (8 %) et sur les maladies de l'œil (4,0 %) ne sont pas comparables avec celles de 1987.

De toutes les catégories de problèmes rapportés en 1998, seuls les accidents avec blessures présentent une prévalence statistiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9 % c. 6 %). Les catégories où les prévalences présentées par les femmes sont supérieures à celles des hommes comprennent les maux de tête (16 % pour les femmes c. 7 % pour les hommes), l'arthrite ou le rhumatisme (15 % c. 9 %), les autres allergies (13 % c. 8 %), les allergies ou affections cutanées (11 % c. 7 %) et l'hypertension artérielle (10 % c. 7 %). Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler de différence significative selon le sexe en ce qui concerne les maux de dos ou de la colonne et la rhinite allergique. Il n'y aurait pas non plus d'écarts entre les hommes et les femmes quant à la prévalence des autres affections respiratoires, de l'asthme, des maladies cardiaques, de la grippe, du diabète, de l'hypercholestérolémie et de quelques autres problèmes de faible prévalence.

Entre 1987 et 1998, la proportion de personnes qui déclarent au moins un problème augmente de façon significative dans toutes les catégories de problèmes dont la prévalence se situe entre environ 5 % et 12 %.

Les différences les plus importantes touchent les maux de tête (8 % en 1987 c. 12 % en 1998), les autres allergies (7 % c. 10 %), la rhinite allergique (6 % c. 9 %) et l'hypertension artérielle (6 % c. 9 %). La hausse s'observe chez les hommes et chez les femmes, à quelques exceptions près. Ainsi, les allergies ou affections cutanées (9 % à 11 %) et les autres affections respiratoires (4,2 % à 6 %) n'augmentent que chez les femmes et les troubles digestifs fonctionnels (2,8 % à 4,1 %), que chez les hommes.

Parmi les problèmes déclarés par moins de 5 % de la population, on peut mentionner, pour la période 1987-1998, une augmentation, autant chez les hommes que chez les femmes, de la prévalence des troubles mentaux (3 % à 4,3 %), des troubles de la thyroïde (1,3 % à 3,7 %), du diabète (1,6 % à 2,8 %), de l'hypercholestérolémie (0,3 % à 2,9 %) et des autres maladies du sang (0,2 % à 1,8 %).

Selon les données de l'enquête, aucune différence significative n'est décelée entre 1987 et 1998 en ce qui concerne la proportion de personnes qui rapportent des maladies cardiaques, des périodes de grande nervosité ou la grippe. D'autres catégories à prévalence plus faible comme les troubles du sommeil, la bronchite ou l'emphysème, les autres troubles digestifs, les troubles urinaires ou les maladies du rein ne présentent pas non plus de variations.

Tableau 13.4
Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Maux de tête	5,1	7,2	11,7	16,2	8,4	11,8	844
Arthrite ou rhumatisme	7,2	8,8	12,7	14,7	10,0	11,8	844
Autres allergies	4,9	7,7	7,9	12,8	6,5	10,3	737
Maux de dos ou de la colonne	7,3	9,7	8,1	10,8	7,7	10,2	733
Rhinite allergique	6,0	9,1	6,1	9,8	6,0	9,4	677
Allergies ou affections cutanées	6,5	7,0	9,3	11,2	7,9	9,1	654
Hypertension artérielle	4,7	7,0	7,9	10,0	6,3	8,5	611
Accidents avec blessures[1]	...	9,2	...	6,3	...	7,8	556
Autres affections respiratoires	4,0	4,9	4,2	6,0	4,1	5,4	390
Troubles digestifs fonctionnels	2,8	4,1	5,0	5,8	3,9	5,0	356
Asthme	2,2	4,5	2,5	5,4	2,3	5,0	356
Maladies cardiaques	4,0	4,8	4,2	4,4	4,1	4,6	329
Troubles mentaux	2,4	3,4	3,6	5,1	3,0	4,3	306
Périodes de grande nervosité	2,3	2,7	4,9	5,4	3,6	4,1	292
Maladies de l'œil[1]	...	2,9	...	5,1	...	4,0	287
Troubles de la thyroïde	0,3*	1,3	2,3	6,2	1,3	3,7	268
Grippe	3,4	3,2	4,0	4,1	3,7	3,7	265
Autres affections ostéo-articulaires	1,7	2,2	2,9	4,0	2,3	3,1	221
Hypercholestérolémie	0,3*	3,0	0,3*	2,8	0,3	2,8	206
Diabète	1,4	2,7	1,9	2,9	1,6	2,8	202
Bronchite ou emphysème	1,8	2,0	1,9	2,6	1,9	2,3	165
Troubles du sommeil	1,3	1,7	2,7	2,8	2,0	2,3	162
Autres troubles digestifs	1,6	1,6	2,6	2,6	2,1	2,1	152
Troubles urinaires ou maladies du rein	1,3	1,6	2,1	2,1	1,7	1,9	133
Autres maladies du sang	0,2*	2,1	0,3*	1,6	0,2	1,8	130
Malaise et fatigue	1,0	1,2	2,6	2,3	1,8	1,8	126
Anémie	0,4*	0,5	2,2	2,5	1,3	1,5	108
Ulcères gastriques ou duodénaux	1,9	1,4	1,5	1,4	1,7	1,4	98
Maladies de l'oreille	1,3	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	78
Autres problèmes	7,2	9,5	10,0	12,2	8,6	10,9	780
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	2,4	7,3	...	...	265

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme l'indique le tableau C.13.1, la majorité des problèmes tendent à augmenter avec l'âge. Quelques exceptions concernent certains problèmes reliés aux allergies et aux affections respiratoires. Ainsi, la prévalence de l'asthme et de la grippe présente peu de variations selon l'âge, tandis que pour les autres affections respiratoires, elle est plus élevée chez les plus jeunes (0-14 ans) et les plus âgés (65 ans et plus). La rhinite allergique et les autres allergies ont une plus forte prévalence chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. On note également que les allergies ou affections cutanées varient peu selon l'âge. Quant aux accidents avec blessures, ils tendent à être signalés en plus grande proportion par les personnes de 15 à 64 ans que par les jeunes de 0 à 14 ans et les personnes de 65 ans et plus. Enfin, il importe de souligner que près de 25 % des personnes de 65 ans et plus (32 % des 75 ans et plus) ont au moins un problème de la catégorie « autres problèmes » non compris dans les 30 catégories retenues.

Enfants de 0 à 14 ans

L'analyse des problèmes de santé selon l'âge et le sexe révèle des observations intéressantes. Ainsi, chez les enfants de moins de 15 ans, les allergies (allergies ou affections cutanées, rhinite allergique, autres allergies) et les problèmes respiratoires (grippe, asthme et autres affections respiratoires) comptent parmi les problèmes déclarés en plus grande proportion (tableau 13.5). Les accidents avec blessures, les maladies de l'oreille et les maux de tête complètent le tableau.

Outre la prévalence de l'asthme qui est plus élevée chez les garçons que chez les filles (8 % c. 4,7 %), aucune différence significative selon le sexe n'est détectée quant aux principaux problèmes de santé des enfants de ce groupe d'âge.

Tableau 13.5
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 0 à 14 ans, Québec, 1987 et 1998

	Garçons		Filles		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
			%				'000
Allergies ou affections cutanées	8,1	8,1	8,6	9,8	8,4	8,9	120
Autres allergies	6,5	8,7	6,9	7,0	6,7	7,9	106
Autres affections respiratoires	7,4	7,7	5,9	7,8	6,7	7,7	104
Asthme	3,9	8,4	2,7	4,7	3,4	6,6	88
Accidents avec blessures[1]	...	6,5	...	4,3	...	5,5	73
Grippe	4,8	4,4	5,0	5,4	4,9	4,9	66
Rhinite allergique	3,9	5,4	2,7	3,7	3,3	4,6	62
Maladie de l'oreille	3,0	2,8*	2,6	3,1*	2,8	3,0	40
Maux de tête	1,4*	3,1*	2,0	2,5*	1,7	2,8	37

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par rapport à l'enquête de 1987, seules quelques variations sont à noter. La prévalence de l'asthme s'est accrue de façon relativement importante, passant de 3,4 % à 7 %; chez les filles, on observe une tendance à la hausse (2,7 % c. 4,7 %) tandis que chez les garçons, il y a une nette augmentation de la prévalence de l'asthme (3,9 % c. 8 %). Bien que leur prévalence soit faible, les maux de tête sont déclarés par une plus forte proportion de jeunes en 1998 qu'en 1987 (2,8 % c. 1,7 %).

Adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

Dans le groupe des adolescents et des jeunes adultes de 15 à 24 ans, les problèmes d'allergies (rhinite allergique, allergies ou affections cutanées et autres allergies), les maux de tête et les accidents avec blessures figurent en tête des problèmes de santé déclarés (tableau 13.6). Comparativement au groupe d'âge précédent, les affections respiratoires (asthme, autres affections respiratoires et grippe) perdent de leur importance, tandis que les maux de dos ou de la colonne (6 %) et les troubles de la menstruation ou de la ménopause (6,3 %) font leur apparition.

Des différences significatives sont observées selon le sexe. Ainsi, les problèmes de santé suivants présentent une prévalence plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes : les autres allergies (17 % c. 11 %), les allergies ou affections cutanées (14 % c. 7 %) et les maux de tête (13 % c. 6 %). À l'opposé, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter des accidents avec blessures (11 % c. 6 %).

Comparativement à 1987, on note une augmentation significative de la rhinite allergique (10 % en 1987 c. 15 % en 1998), des autres allergies (9 % c. 14 %) et de l'asthme (2,5 % c. 6 %); les hausses s'observent tant chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, la déclaration de maux de dos ou de la colonne s'accroît de façon significative (4 % c. 7 %). Enfin, la prévalence des maux de tête tend à augmenter tant chez les jeunes hommes (4 % c. 6 %) que chez les jeunes femmes (11 % c. 13 %).

Tableau 13.6
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Rhinite allergique	9,4	14,2	10,2	15,1	9,8	14,6	143
Autres allergies	6,8	10,6	10,6	17,2	8,7	13,8	135
Allergies ou affections cutanées	7,0	7,1	10,5	14,0	8,7	10,5	102
Maux de tête	4,0	6,1	10,8	13,3	7,4	9,6	93
Accidents avec blessures[1]	...	10,5	...	5,5	...	8,1	78
Maux de dos ou de la colonne	4,1	4,7	4,0	7,0	4,0	5,8	57
Asthme	1,9*	4,2*	3,1	7,0	2,5	5,6	54
Autres affections respiratoires	3,1	3,4*	4,3	4,3*	3,7	3,8	37
Grippe	3,2	2,9*	3,9	3,5*	3,6	3,2	31
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	3,9	6,3	...	...	30

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Adultes de 25 à 44 ans

Chez les adultes de 25 à 44 ans, les maux de tête se distinguent des autres catégories de problèmes par leur prévalence élevée dans l'ensemble (17 %) et chez les femmes (24 %) (tableau 13.7). Avec des proportions similaires, la rhinite allergique (14 %), les autres allergies (13 %) et les maux dos ou de la colonne (12 %) constituent les problèmes déclarés en plus grande proportion après les maux de tête. Apparaissent, parmi les principaux problèmes de ce groupe d'âge, l'arthrite ou le rhumatisme (8 %) ainsi que les périodes de grande nervosité et les troubles mentaux (dans les deux cas, près de 5 %).

On observe des différences entre les hommes et les femmes quant à la prévalence des problèmes mentionnés. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter des problèmes compris dans les catégories suivantes : maux de tête (24 % c. 10 %), autres allergies (17 % c. 9 %), allergies ou affections cutanées (13 % c. 7 %), autres affections respiratoires (6 % c. 3,6 %) et périodes de grande nervosité (6 % c. 2,9 %). La prévalence des troubles mentaux, de même que de l'asthme, tend également à être plus élevée chez les femmes. Les hommes, quant à eux, déclarent davantage d'accidents avec blessures (11 % c. 7 %).

La comparaison entre 1987 et 1998 révèle qu'à l'exception des allergies ou affections cutanées, des périodes de grande nervosité et des troubles fonctionnels, la prévalence des principaux problèmes de santé des personnes de ce groupe d'âge s'est accrue entre les deux enquêtes. L'augmentation est particulièrement marquée pour les maux de tête (13 % c. 17 %), les phénomènes allergiques tels la rhinite allergique (8 % c.14 %), les autres allergies (7 % c. 13 %) et l'asthme (1,7 % c. 4,5 %).

Tableau 13.7
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 25 à 44 ans, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Maux de tête	7,6	10,4	18,4	23,8	13,0	17,0	396
Rhinite allergique	8,0	13,2	8,4	14,0	8,2	13,6	316
Autres allergies	5,3	8,9	9,1	16,5	7,2	12,7	294
Maux de dos ou de la colonne	10,7	12,5	10,1	12,2	10,4	12,4	287
Allergies ou affections cutanées	6,0	6,7	11,1	13,2	8,6	9,9	229
Accidents avec blessures[1]	...	10,8	...	6,8	...	8,8	205
Arthrite ou rhumatisme	5,5	6,9	7,4	9,3	6,4	8,1	188
Autres affections respiratoires	2,5	3,6	3,7	5,8	3,1	4,7	109
Périodes de grande nervosité	2,4	2,9	5,2	6,3	3,8	4,6	107
Troubles mentaux	2,5	3,5	4,1	5,6	3,3	4,5	105
Troubles digestifs fonctionnels	2,3	3,6	5,0	5,5	3,7	4,5	105
Asthme	1,3	3,4	2,2	5,7	1,7	4,5	105

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Adultes de 45 à 64 ans

Chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, les problèmes de santé présentant un caractère chronique se trouvent désormais parmi les problèmes à forte prévalence, soit l'arthrite ou le rhumatisme (20 %), les maux de dos ou de la colonne (15 %) et l'hypertension artérielle (15 %), auxquels viennent s'ajouter les maux de tête (15 %) (tableau 13.8). Dans ce groupe d'âge, la prévalence des problèmes d'allergies (autres allergies, rhinite allergique et allergies ou affections cutanées) demeure relativement importante. Elle se maintient autour de 8 %.

L'écart entre les sexes est relativement important pour certains problèmes. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de l'arthrite ou du rhumatisme (24 % c. 15 %), de maux de tête (21 % c. 8 %) et de troubles de la thyroïde (11 % c. 1,9 %). Les autres allergies et les troubles mentaux se trouvent également en plus forte proportion chez les femmes. C'est chez les femmes de ce groupe d'âge que les troubles de la menstruation ou de la ménopause atteignent la prévalence la plus élevée, soit 20 %. De leur côté, les hommes sont, en proportion, plus nombreux à déclarer des maladies cardiaques (8 % c. 4,4 %).

Comparativement à 1987, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension artérielle, des maladies cardiaques et des troubles mentaux ne présente pas de différence significative. Par ailleurs, la déclaration des problèmes d'allergies (rhinite allergique et autres allergies), des troubles de la thyroïde et de l'hypercholestérolémie a augmenté de façon significative tant chez les hommes que chez les femmes. On note également une hausse importante de la proportion de femmes qui rapportent des troubles de la menstruation ou de la ménopause (4,4 % à 20 %) et des maux de tête (14 % c. 21 %). Chez les hommes, la prévalence des maux de dos ou de la colonne tend à s'accroître.

Tableau 13.8
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 45 à 64 ans, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
			%				'000
Arthrite ou rhumatisme	13,0	15,3	26,0	23,9	19,7	19,7	336
Maux de dos ou de la colonne	11,4	14,8	13,0	14,9	12,2	14,9	254
Hypertension artérielle	11,8	13,7	16,9	15,7	14,5	14,7	252
Maux de tête	5,8	7,8	13,5	20,9	9,8	14,5	247
Autres allergies	2,2	5,5	6,3	11,8	4,3	8,7	149
Accidents avec blessures[1]	...	9,1	...	7,6	...	8,3	142
Rhinite allergique	3,6	6,4	4,1	9,5	3,9	8,0	136
Allergies ou affections cutanées	4,4	6,1	7,2	9,4	5,8	7,8	133
Maladies cardiaques	8,5	8,2	6,8	4,4	7,6	6,3	108
Troubles de la thyroïde	0,5**	1,9*	4,7	10,6	2,7	6,3	108
Hypercholestérolémie	0,7**	7,1	0,7**	5,3	0,7*	6,2	106
Troubles mentaux	3,5	4,2	5,3	7,5	4,4	5,9	100
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	4,4	19,5	...	...	169

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Personnes de 65 ans et plus

Les personnes de 65 ans et plus présentent, pour les hommes et les femmes réunis, les prévalences les plus élevées pour l'hypertension artérielle (37 %), l'arthrite ou le rhumatisme (35 %), les maladies cardiaques (23 %) et les maladies de l'œil (21 %) (tableau 13.9). Ces problèmes comptent parmi les affections déclarées en plus forte proportion dans ce groupe. Pour l'importance de leur prévalence, on peut mentionner aussi les maux de dos ou de la colonne (16 %).

Les femmes demeurent proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer des problèmes appartenant aux catégories suivantes : hypertension artérielle (42 % c. 31 %) et arthrite ou rhumatisme (42 % c. 25 %). La prévalence des maladies de l'œil (25 % c. 15 %) et des troubles de la thyroïde (17 % c. 4,5 %) est plus élevée chez les femmes. Aucune différence selon le sexe n'est détectée quant aux autres catégories faisant partie des principaux problèmes de ce groupe d'âge.

Depuis l'enquête de 1987, une augmentation significative de la prévalence de l'hypertension artérielle, des maux de dos ou de la colonne, des troubles de la thyroïde, du diabète et de l'hypercholestérolémie est observée chez les hommes comme chez les femmes. La prévalence des autres problèmes demeure stable chez les personnes des deux sexes.

Comme, dans l'enquête de 1998, la taille des effectifs dans la strate d'âge des 75 ans et plus est assez grande pour estimer avec un degré de précision suffisant la prévalence des problèmes de santé déclarés en plus grande proportion, il est donc possible de comparer les 75 ans et plus aux 65-74 ans.

Tableau 13.9
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
			%				'000
Hypertension artérielle	19,2	30,8	33,6	41,8	27,6	37,1	303
Arthrite ou rhumatisme	27,2	24,9	40,1	42,1	34,7	34,8	284
Maladies cardiaques	22,9	24,3	20,1	22,3	21,3	23,2	189
Maladies de l'œil[1]	...	15,2	...	25,4	...	21,1	172
Maux de dos ou de la colonne	8,2	13,3	11,7	17,6	10,2	15,8	129
Troubles digestifs fonctionnels	8,0	10,6	12,7	13,9	10,7	12,5	102
Troubles de la thyroïde	0,8**	4,5*	4,8	16,9	3,1	11,6	95
Diabète	5,6	10,6	7,4	11,3	6,6	11,0	90
Troubles du sommeil	8,4	8,8	12,9	12,1	11,0	10,7	88
Hypercholestérolémie	0,6**	9,6	0,8**	10,3	0,7**	10,0	82

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Comparativement aux individus âgés de 65 à 74 ans, le groupe des 75 ans et plus se distingue par une prévalence plus élevée d'arthrite ou de rhumatisme (42 % c. 31 %), de maladies cardiaques (29 % c. 20 %), de troubles digestifs fonctionnels (18 % c. 10 %) et de maladies de l'œil (33 % c. 14 %) (tableau C.13.1).

13.2.3 Diabète

La prévalence du diabète s'est accrue de façon significative, passant de 1,6 % en 1987 à 2,8 % en 1998 (tableau 13.10). L'augmentation touche à la fois les hommes et les femmes, bien qu'elle soit plus marquée chez les hommes, pour lesquels la prévalence a presque doublé. Le manque de précision des estimations chez les moins de 25 ans rend difficile l'interprétation des données pour ces groupes d'âge. Cependant, c'est à partir des 25-44 ans que, pour l'ensemble de la population, un accroissement de la prévalence du diabète est observé. Cet accroissement devient plus important chez les 65 ans et plus. En ce qui a trait à la comparaison entre les sexes, il est intéressant de noter que, chez les 45-64 ans, la prévalence du diabète n'a augmenté que chez les hommes (3,2 % à 5 %), devenant même, en 1998, plus élevée que chez les femmes (5 % c. 3,7 %). Enfin, chez les 65 ans et plus, les hommes et les femmes semblent touchés par la maladie dans des proportions comparables (11 %).

13.2.4 Maladies cardiaques

Pour l'ensemble de la population, la prévalence des maladies cardiaques tend à augmenter de façon non significative entre les deux enquêtes, passant de 4,1 % en 1987 à 4,6 % en 1998 (tableau 13.11). La tendance touche surtout les hommes. À l'opposé, on observe une tendance à la baisse chez les personnes de 45 à 64 ans, alors que chez les 65 ans et plus, la prévalence varie peu.

13.2.5 Asthme et rhinite allergique

Une attention particulière a été portée aux problèmes d'asthme et de rhinite allergique déclarés par la population. Les données de l'enquête de 1998 semblent venir confirmer l'augmentation de la prévalence de l'asthme, qui serait passée environ du simple au double depuis 1987 (2,3 % c. 5 % en 1998). Ce phénomène est observé chez les moins de 45 ans, dans tous les groupes d'âge, notamment chez les personnes de 25 à 44 ans. Quant à la rhinite allergique, bien que l'augmentation soit moins importante, elle semble toucher davantage les 15-64 ans, plus particulièrement les femmes âgées entre 45 et 64 ans.

Tableau 13.10
Prévalence du diabète selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
0-14 ans	0,2**	0,1**	0,0**	0,1**	0,1**	0,1**	1
15-24 ans	0,4**	0,3**	0,3**	0,1**	0,4**	0,2**	2
25-44 ans	0,6*	1,2*	0,8*	1,7*	0,7	1,4	33
45-64 ans	3,2	5,2	3,7	3,7	3,5	4,4	75
65 ans et plus	5,6	10,6	7,4	11,3	6,7	11,0	90
Total	**1,4**	**2,7**	**1,9**	**2,9**	**1,6**	**2,8**	**202**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 13.11
Prévalence des maladies cardiaques selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
			%				'000
0-14 ans	0,5**	0,2**	0,4**	0,1**	0,5**	0,2**	2
15-24 ans	0,2**	0,4**	0,6**	0,5**	0,4**	0,5*	5
25-44 ans	1,0*	1,0*	1,3	1,2*	1,1	1,1	25
45-64 ans	8,5	8,2	6,8	4,4	7,6	6,3	108
65 ans et plus	22,9	24,3	20,1	22,3	21,3	23,2	189
Total	**4,0**	**4,8**	**4,2**	**4,4**	**4,1**	**4,6**	**329**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En 1998, l'impact de l'asthme sur l'utilisation des services et la limitation des activités est notable (tableau 13.12). En effet, la prévalence des indicateurs suivants est significativement plus élevée chez les asthmatiques : consultation d'un médecin au cours d'une période de deux semaines (un asthmatique sur quatre), hospitalisation au cours d'une période de douze mois (15 % des cas) et hospitalisations répétées au cours de cette même période de temps (41 % des asthmatiques ont été hospitalisés plus d'une fois). Quant à la limitation des activités, le nombre moyen annuel de journées d'incapacité est environ deux fois plus élevé chez les asthmatiques que chez les non-asthmatiques (36 jrs c. 16 jrs) .

Tableau 13.12
Impact de l'asthme sur l'utilisation des services et la limitation d'activités, population totale, Québec, 1998

	Asthme	
	Oui	Non
Consultation d'un médecin au cours d'une période de deux semaines	24,4 %	14,1 %
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	15,2 %	5,9 %
Deux hospitalisations et plus au cours d'une période de 12 mois	40,7 %	19,6 %
Nombre moyen annuel de journées d'incapacité	36,0 jrs	15,9 jrs

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Nombre et durée des problèmes de santé

Environ deux Québécois sur trois (64 %) ont déclaré au moins un problème de santé susceptible d'être à l'origine d'une limitation des activités ou d'un recours aux services de santé ou la conséquence d'un accident. D'une manière générale, la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle augmente avec l'âge chez les personnes des deux sexes. La même situation se dégage pour la catégorie des personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé chronique. Par contre, l'enquête ne permet pas de déceler de différence selon l'âge ou le sexe quant à la proportion de personnes ayant déclaré un seul problème de longue durée, ce qui concerne près d'une personne sur quatre. Environ 10 % de la population ne rapporte que des problèmes de courte durée.

Le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés varient selon certaines caractéristiques socioéconomiques de la population. Ainsi, les personnes les plus pauvres, de même que les personnes à la retraite, à la maison ou en chômage, sont les plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de santé de longue durée. Par ailleurs, les

contremaîtres et ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés et manœuvres sont moins nombreux à rapporter des problèmes de santé que les personnes faisant partie des autres catégories professionnelles. Enfin, il importe de noter l'absence d'association entre la déclaration de problèmes de santé et la scolarité relative, variable qui élimine l'effet de l'âge. Cet effet peut sans doute être évoqué en ce qui concerne l'association observée entre le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés et les autres caractéristiques socioéconomiques examinées.

Lors de l'enquête *Santé Québec 1987*, près de 55 % de la population avait rapporté au moins un problème de santé. Aux quelques questions supplémentaires, s'ajoute le vieillissement de la population pour donner, dans l'enquête de 1998, une proportion estimée à 64 %. Ces deux phénomènes ne semblent avoir touché que la proportion de la population ayant déclaré plus d'un problème de santé, qui est passée de 27 % à 39 %. La proportion de personnes n'ayant rapporté qu'un seul problème est demeurée sensiblement la même (27 % c. 25 %) (Santé Québec, 1988).

Prévalence des problèmes de santé déclarés

En 1998, les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population québécoise.

Selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) 1996-1997 (Statistique Canada 1998), réalisée auprès de la population de 12 ans et plus, les prévalences observées pour le Québec concernant l'arthrite ou le rhumatisme (12 %) et les maux de dos (11 %) sont à peu près les mêmes que celles révélées par la présente enquête. Ces prévalences sont légèrement inférieures à celles de l'ensemble du Canada, qui s'établissent à 14 % pour chacun de ces problèmes. Le Québec se situe parmi les provinces ayant les prévalences les plus faibles pour les deux catégories de problèmes (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999).

Soulignons au passage que selon l'indice LMS[1] (lésions musculo-squelettiques) de la présente enquête, la proportion de la population ayant déclaré au moins un problème du système ostéo-articulaire, des muscles et des tendons s'élève à près de 20 % (23 % chez les femmes et 17 % chez les hommes). C'est dans le groupe d'âge des 45 ans et plus que les prévalences sont les plus élevées (26 % chez les 45 à 64 ans et 37 % chez les 65 ans et plus) (données non présentées).

Une autre comparaison avec l'ENSP 1996-1997 permet d'observer une concordance entre les deux enquêtes quant à la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population québécoise. Avec une prévalence estimée à 9 %, le Québec demeure près de la moyenne canadienne (10 %) et parmi les provinces à faible taux. Pour ce qui est des maladies cardiaques, la prévalence du Québec se compare à celle de l'ensemble du Canada (4,6 % c. 4 %); il en est de même pour le diabète (2,8 % c. 3 %).

En raison des différences de classification, les allergies ne sont pas comparables entre les deux enquêtes, mais leur importance relative élevée s'observe également dans l'ENSP 1996-1997. Ainsi, la proportion de personnes qui souffrent d'allergies est estimée à 22 % pour le Québec et pour l'ensemble du Canada. Elle varie entre 15 % et 25 % selon les provinces.

Enfin, selon les données de l'ENSP 1996-1997, la prévalence de l'asthme est la même au Québec et au Canada, soit 7 %. Dans la présente enquête, elle est estimée à 5 %. Cette différence est difficile à expliquer, puisque les réponses pouvaient être fournies par une tierce personne dans les deux enquêtes, qui ont été menées à environ une année d'intervalle.

---

[1] L'indice LMS se définit par une réponse positive à l'une ou l'autre des questions sur les problèmes suivants : sérieux maux de dos ou de la colonne, arthrite ou rhumatisme, autre problème sérieux des os ou des articulations, autre problème sérieux des muscles ou des tendons.

En proportion, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter certains problèmes de santé dont les maux de tête, l'arthrite ou le rhumatisme, les allergies (allergies ou affections cutanées et autres allergies) et l'hypertension artérielle. Seuls les problèmes liés à la catégorie des accidents avec blessures sont plus souvent déclarés par les hommes que par les femmes.

Les allergies (allergies ou affections cutanées, rhinite allergique et autres allergies), les affections respiratoires (asthme, grippe et autres affections respiratoires) de même que les accidents avec blessures sont, en proportion, les problèmes mentionnés par un plus grand nombre de garçons et de filles de moins de 15 ans. Un seul écart se manifeste selon le sexe : la prévalence de l'asthme est plus élevée chez les garçons.

Chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans, les problèmes d'allergies (rhinite allergique, autres allergies et allergies et affections cutanées) figurent en tête des problèmes déclarés, auxquels viennent s'ajouter les maux de tête, les accidents avec blessures et les maux de dos ou de la colonne. Les jeunes femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer des maux de tête et des allergies que les jeunes hommes qui, pour leur part, présentent une prévalence plus élevée d'accidents avec blessures.

Dans le groupe des 25-44 ans, prédominent les mêmes problèmes que ceux du groupe d'âge précédent tandis qu'apparaissent, parmi les principaux problèmes, l'arthrite ou le rhumatisme, les troubles mentaux et les périodes de grande nervosité. Les femmes rapportent, en plus grande proportion que les hommes, des maux de tête, des problèmes d'allergies (allergies ou affections cutanées et autres allergies) et des périodes de grande nervosité. Les hommes déclarent davantage d'accidents avec blessures et moins de problèmes d'arthrite ou de rhumatisme.

Certains problèmes de santé à caractère plus chronique sont davantage prévalents chez les personnes de 45 à 64 ans. Ce sont l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos ou de la colonne et l'hypertension artérielle. Les maux de tête demeurent importants. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, des maux de tête et des troubles de la thyroïde. De leur côté, les hommes déclarent, en plus grande proportion, des maladies cardiaques. Par ailleurs, les troubles de la menstruation et de la ménopause touchent une femme sur cinq dans ce groupe d'âge.

Les personnes de 65 ans et plus souffrent principalement d'hypertension artérielle, d'arthrite ou de rhumatisme, de maladies cardiaques et de maladies de l'œil. La prévalence de ces problèmes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, à l'exception des maladies cardiaques, rapportées par une proportion semblable d'hommes et de femmes.

Comparativement aux données de l'enquête de 1987 et tel qu'on l'anticipait, on note une augmentation de la prévalence de la majorité des problèmes de santé déclarés, et plus particulièrement des problèmes ostéo-articulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne et autres affections ostéo-articulaires), de l'hypertension artérielle et du diabète. Quoique le vieillissement de la population figure en tête de liste des facteurs explicatifs, l'hypertension artérielle et le diabète ont vu leur prévalence réelle augmenter, surtout dans la strate d'âge des 65 ans et plus. La recherche plus intensive des cas et l'abaissement des seuils diagnostiques dans le cas du diabète sont des facteurs qui ont pu contribuer à l'augmentation des données de prévalence de ces deux problèmes de santé.

La hausse importante de la prévalence des troubles de la thyroïde (chez les 65 ans et plus), de l'hypercholestérolémie (chez les 45 à 64 ans) et des autres maladies du sang pourrait s'expliquer en partie par des changements dans la pratique médicale, qui se traduisent par un dépistage accru des hyperlipidémies et des problèmes thyroïdiens et par certaines pratiques visant à encourager la

consommation d'acide acétylsalicylique (aspirine) chez les personnes à risque de complications cardio-vasculaires. De la même façon, la prévalence plus élevée des troubles de la menstruation ou de la ménopause chez les femmes de 45 à 64 ans pourrait en partie être attribuable à la prise d'hormones à la ménopause, déclarée par une plus forte proportion de femmes de ce groupe d'âge.

Il faut signaler aussi la hausse sensible des allergies respiratoires (asthme et rhinite allergique) entre 1987 et 1998 dans tous les groupes d'âge de 0 à 44 ans, tant chez les hommes que chez les femmes et plus particulièrement chez les enfants. Cette observation vient confirmer l'accroissement généralisé des allergies.

Parmi les problèmes de santé physique faisant l'objet de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), les maux de dos sont les seuls visés par une réduction de la prévalence, chiffrée à 10 %. Selon les données de l'enquête, l'objectif ne serait pas atteint, puisque la prévalence de ce type de problèmes a augmenté, étant passée de 8 % à 10 %.

Des pistes de recherche se dégagent des conclusions de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ainsi, l'accroissement des problèmes d'allergies autres que l'asthme, au sein de la population québécoise, tant chez les hommes que chez les femmes, résulte-t-il d'une augmentation réelle de l'incidence du phénomène ou d'un artéfact lié à des procédures diagnostiques plus répandues (par exemple les tests d'allergie)? Dans le même ordre d'idées, quels sont les liens qui existent entre, d'une part, l'évolution du poids corporel et les changements d'habitudes alimentaires entre 1987 et 1998 et, d'autre part, la prévalence plus élevée de diabète en 1998? De plus, l'augmentation des maux de tête chez les jeunes de 15 à 24 ans nous amène à rechercher les facteurs de risque individuels et environnementaux et les co-morbidités susceptibles d'expliquer cet accroissement.

Le présent chapitre met l'accent sur la prévalence des problèmes de santé, mais d'autres chapitres du rapport font le lien entre les problèmes et l'incapacité de courte et de longue durée, de même qu'entre les problèmes et la consultation d'un professionnel. De surcroît, un chapitre est consacré aux accidents avec blessures. D'autres études pourraient examiner les problèmes de santé comme raison de consommation de médicaments. Il serait également souhaitable que la section sur les problèmes de longue durée fasse l'objet d'une étude plus approfondie, non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais également en fonction de la scolarité et du niveau de revenu.

Par ailleurs, on pourrait également faire la lumière sur les problèmes plus spécifiques aux personnes de 65 ans et plus en analysant, par exemple, la classe « autres problèmes », qui touche le quart des personnes de ce groupe d'âge. La co-morbidité chez les personnes de ce groupe d'âge est aussi un sujet qui devrait intéresser chercheurs et intervenants. Il serait également utile de connaître l'état de santé des personnes « à la maison » et des personnes « sans emploi » qui, rappelons-le, sont plus nombreuses à présenter des problèmes de longue durée.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* doivent être envisagés par les planificateurs sous différents angles, notamment sous celui de la promotion de la santé et des mesures préventives à mettre en œuvre pour agir sur les conditions de vie favorables à la santé et sur certains facteurs de risque connus des problèmes de santé. D'autre part, les tendances constatées confirment les observations faites ailleurs et nécessitent également une planification à long terme sur le plan des soins, du maintien de l'état de santé et de la réadaptation des personnes.

Le phénomène du vieillissement de la population, comme celui du développement technologique, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, trouvent leur écho dans les observations qui sont faites dans la présente enquête. Les principales affections responsables de la plus grande partie de la morbidité déclarée par la population ont connu une augmentation de la prévalence entre 1987 et 1998. Cette augmentation de

la prévalence peut être attribuable au vieillissement de la population, qui entraîne un accroissement de la prévalence des conditions morbides multisystémiques certes, mais également à une plus grande assiduité des professionnels de la santé dans la recherche de certains problèmes (ex. : problèmes thyroïdiens et diabète), d'autant plus que les avancées technologiques diagnostiques sont plus performantes dans bien des domaines. De plus, l'augmentation de certaines pathologies peut être attribuable à l'efficacité accrue des technologies thérapeutiques, incluant les médicaments, qui contribue à améliorer l'espérance de vie. Par ailleurs, certains problèmes de santé semblent en progression, sans égard au vieillissement de la population ni aux progrès technologiques (ex. : maux de dos, asthme et rhinite allergique chez les 0-44 ans).

Du point de vue du planificateur, les données rappellent l'importance d'une vision à long terme sur le plan de l'organisation des services de première ligne (ex. : maintien à domicile) et des services spécialisés, de même que de la planification des ressources humaines, technologiques et financières qui seront nécessaires.

Les coûts générés par une augmentation réelle de certains problèmes, mais également par une prise en charge plus intensive de certaines affections, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, vont nécessiter une révision de l'allocation des ressources disponibles. L'augmentation des coûts reliée à l'utilisation des médicaments, qui sont par ailleurs plus chers, est une donnée également très importante de l'équation. Les effets délétères de l'utilisation de la pharmacopée disponible doivent être évalués. Des débats entourant le contrôle des coûts du système de soins ou encore le financement insuffisant du réseau de la santé et des services sociaux sont nécessaires.

Les planificateurs doivent également envisager de renforcer les efforts de prévention en général, pour qu'à l'accroissement de l'espérance de vie corresponde une meilleure espérance de vie en bonne santé. La prévalence importante de certains problèmes chez les groupes plus jeunes (ex. : asthme, allergies, accidents avec blessures, maux de dos) est également préoccupante en raison de la morbidité et des coûts financiers et sociaux qu'ils engendrent à court et à long terme. Ces observations soulèvent des hypothèses sur le plan de la recherche des causes de ces problèmes et de mesures préventives plus efficaces, mais elles suscitent également des interrogations sur les moyens d'utiliser de façon plus optimale les mesures préventives déjà reconnues efficaces.

Finalement, les disparités observées selon certaines caractéristiques socioéconomiques en regard de la morbidité déclarée par la population rappellent l'importance de la lutte aux inégalités sociales associées aux inégalités des chances de vivre en bonne santé.

Bibliographie

BARCELO, A. (1996). « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement, VIII, Diabète sucré non insulino dépendant (DSNID) », Santé Canada, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 17, n° 1, p. 1-21.

CAVELAARS, A., A. E KUNST, J. J. M. GEURTS et autres (1998). « Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries », *J Epidemiol Community Health*, vol. 52, p. 219-227.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada, ICIS, 368 p.

FORD, E. S., D. F. WILLIAMSON et S. LIU (1997). « Weight change and diabetes incidence: Findings from a national cohort of US adults », *Am J Epidemiol*, vol. 146, p. 214-22.

LEIBSON, C. L., P. C. O'BRIEN, E. ATKINSON, P. J. PALUMBO et J. L. III MELTON (1997). « Relative contributions of incidence and survival to increasing prevalence of adult-onset diabetes mellitus: A population-based study », *Am J Epidemiol*, vol. 146, p. 12-22.

LEPORI, M., et P. NICOD (1997). « Epidemiology of cardiovascular diseases: Role of ovarian hormones », *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, vol. 86, n° 5, p. 150-153 (Abstract).

MACKENBACH, J. P., et A. E. KUNST (1997). « Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe », *Social Science and Medecine*, vol. 44, n° 6, p. 757-771.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

THE NOVA SCOTIA-SASKATCHEWAN CARDIO-VASCULAR DISEASE EPIDEMIOLOGY GROUP (1992). « Trends in incidence and mortality from acute myocardial Infarction in Nova Scotia and Saskatchewan 1974 to 1985 », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 8, n° 3, p. 253-258.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, vol. 1 (9e révision), Genève, 783 p.

PATY, E., J. PAUPE, J. DE BLIC et P. SCHEINMANN (1996). « L'enfant allergique », *Revue du Praticien*, vol. 46, n° 8, p. 975-979.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHENARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Indicateurs sur la santé*, édition 1996, Ottawa, Ontario.

STATISTIQUE CANADA (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, catalogue n° 82-567, 19 p.

VERBRUGGE, L. M. J. M. LEPROWSKI et Y. IMANAKA (1989). « Comorbidity and its impact on disability », *The Milbank Quarterly*, vol. 67, n° 3-4, p. 484.

Tableau complémentaire

Tableau C.13.1
Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, population totale, Québec, 1998

	Groupe d'âge (ans)							
	0-14	15-24	25-44	45-64	65 et plus	65-74	75 et plus	Total
	%							
Maux de tête	2,8	9,6	17,0	14,5	8,7	9,4	7,3*	11,8
Arthrite et rhumatisme	0,5**	2,9*	8,1	19,7	34,8	30,7	42,3	11,8
Autres allergies	7,9	13,8	12,7	8,7	6,6	7,3	5,3*	10,3
Maux de dos ou de la colonne	0,5**	5,8	12,4	14,9	15,8	15,3	16,6	10,2
Rhinite allergique	4,6	14,6	13,6	8,0	2,5*	2,5*	2,5**	9,4
Allergies ou affections cutanées	8,9	10,5	9,9	7,8	8,5	8,1	9,4*	9,1
Hypertension artérielle	0,0**	0,4**	2,2	14,7	37,1	34,4	42,1	8,5
Accidents avec blessures	5,5	8,1	8,8	8,3	6,9	7,0	6,8*	7,8
Autres affections respiratoires	7,7	3,8*	4,7	4,4	7,9	7,1	9,3*	5,4
Troubles digestifs fonctionnels	2,2*	2,2*	4,5	5,7	12,5	9,7	17,6	5,0
Asthme	6,6	5,6	4,5	3,6	5,7	5,1*	6,7*	5,0
Maladies cardiaques	0,2**	0,5**	1,1*	6,3	23,2	19,9	29,3	4,6
Troubles mentaux	1,6*	1,8*	4,5	5,9	7,6	6,5	9,5*	4,3
Période de grande nervosité	0,2**	1,9*	4,6	5,7	8,0	7,9	8,2*	4,1
Maladies de l'œil	1,2*	0,9**	1,2*	3,6	21,1	14,3	33,4	4,0
Troubles de la thyroïde	0,2**	0,4**	2,5	6,3	11,6	11,1	12,7	3,7
Grippe	4,9	3,2*	3,2	4,2	2,8*	2,6*	3,1**	3,7
Autres affections ostéo-articulaires	0,5**	1,5*	2,2	5,1	7,7	7,6	8,0*	3,1
Hypercholestérolémie	0,1**	0,0**	0,8*	6,2	10,0	11,7	6,9*	2,9
Diabète	0,1**	0,2**	1,4*	4,4	11,0	10,8	11,5*	2,8
Bronchite ou emphysème	1,5*	1,0**	1,5*	2,6	6,6	5,9*	7,8*	2,3
Troubles du sommeil	0,1**	0,2**	0,9*	3,0	10,7	8,8	14,2	2,3
Autres troubles digestifs	0,5**	0,6**	1,7	3,3	5,2	5,0*	5,6*	2,1
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,7**	0,7**	1,2*	2,0*	6,7	5,1*	9,8*	1,9
Autres maladies du sang	0,0**	0,0**	0,2**	2,5	9,9	9,0	11,7*	1,8
Malaise et fatigue	0,1**	1,4*	2,1	2,2	3,0*	2,1**	4,5**	1,8
Anémie	0,3**	1,2*	1,5*	1,6*	3,6*	2,8	5,2	1,5
Ulcères gastriques ou duodénaux	0,0**	0,5**	1,5*	1,7*	3,6*	3,3*	4,1**	1,4
Maladies de l'oreille	3,0	0,6**	0,6**	0,7**	0,9**	0,9**	0,9**	1,1
Autres problèmes	7,4	7,3	8,2	12,7	24,5	20,7	31,5	10,9
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,2**	3,1*	1,9	9,9	2,4*	3,2*	1,0**	3,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 14

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Louise Paré
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Madeleine Levasseur
Institut national de santé publique du Québec

Section I Problèmes auditifs

Introduction

La surdité et les acouphènes sont deux problèmes de santé importants sur le plan de la prévalence et des conséquences vécues par les personnes qui en sont atteintes. On estime qu'au moins 10 % des adultes présentent une perte auditive (Davis, 1989; Wilson, 1992). Ce sont principalement les personnes âgées et les personnes exposées au bruit au travail qui sont atteintes de surdité (Phaneuf et Hétu, 1990). Chez les personnes âgées, la surdité entraîne une diminution d'autonomie, de l'isolement social, une moins bonne perception de l'état de santé, une image de soi altérée, une diminution de la qualité de vie et une tendance à des états dépressifs (Bess et autres, 1989; Gilhome Herbst, 1983; Weinstein et Ventry, 1982; Gilhome Herbst et Humphrey, 1980). Chez les personnes plus jeunes, en particulier les travailleurs atteints de surdité professionnelle, les conséquences sont semblables (Hétu et autres, 1995; Hallberg et Barrenäs, 1993; Hallberg et Carlsson, 1991; Jones et autres, 1987).

L'acouphène est une sensation auditive perçue sans stimulation extérieure. Il se présente souvent sous la forme de sifflement ou de bourdonnement. Environ 10 % des adultes ont des acouphènes (Davis, cité dans Sanchez et autres, 1999; Axelsson et Ringdahl, 1989). Les acouphènes, dont l'incidence augmente avec l'âge, se retrouvent principalement chez les personnes atteintes de surdité. De plus, ces dernières ont généralement des acouphènes plus fréquents et plus dérangeants (Axelsson et Ringdahl, 1989; Scott et autres, 1990). L'exposition au bruit intense est une cause fréquente d'apparition des acouphènes. (Pilgramm et autres, 1999; National Institutes of health – Office of medical application of research, 1990). Les acouphènes peuvent avoir diverses conséquences : anxiété, problème de sommeil, manque de concentration, diminution de la qualité de vie, dépression (Sanchez et autres, 1999; Scott et autres, 1990; Harrop-Griffiths et autres cité dans Scott et autres, 1990).

Malgré leur fréquence et leurs conséquences, la surdité et les acouphènes sont des problèmes de santé largement sous-estimés au Québec à cause d'un grave manque de données. En effet, la première enquête générale n'ayant fourni que des données très parcellaires sur la surdité (Santé Québec, 1988), très peu de données québécoises étaient disponibles jusqu'à maintenant sur la prévalence de ces problèmes. L'information spécifique sur les taux de prévalence pour différentes catégories d'individus (personnes vieillissantes, individus exposés au bruit au travail), sur le taux de consultation et sur l'impact de ces problèmes servira à mieux planifier les programmes de santé sur le plan de la prévention, de la réadaptation et du soutien aux personnes atteintes.

Dans le présent chapitre, l'audition est examinée selon l'âge et le sexe. Elle est également analysée en fonction de l'exposition au bruit au travail et de la perception de l'état de santé. Les acouphènes sont étudiés selon l'âge, le sexe et l'état de l'audition. La consultation pour ces problèmes d'audition est aussi présentée selon l'âge, le sexe et la gravité du problème.

14.1 Aspects méthodologiques

14.1.1 Indicateurs

L'audition est basée sur un ensemble de capacités auditives. La sensibilité auditive, la capacité de percevoir un stimulus sonore en présence d'un autre, la discrimination auditive, la capacité de percevoir un son dans les deux oreilles et d'en faire la sommation, de même que la capacité de localiser un son dans l'espace en sont quelques-unes (Leroux et Lalonde, 1993). Dans *l'Enquête sociale et de santé 1998*, l'évaluation de l'état de l'audition s'est faite au moyen d'une question posée au répondant du ménage dans le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qui devait répondre pour lui-même et pour chacun des membres du ménage, et qui porte sur la capacité d'entendre et de comprendre la voix dans le silence sans prothèse auditive s'il y a lieu : « Habituellement, ... est-il (elle) capable d'entendre et de comprendre ce qu'une personne lui dit dans une pièce silencieuse si la personne lui parle à voix élevée, ... à voix normale, ... à voix basse? » (QRI139). Cette question englobe quelques-unes des nombreuses capacités liées à l'audition. Elle a été retenue parce qu'elle avait été utilisée dans de vastes enquêtes en Grande-Bretagne et en Australie (Davis, 1983 et 1989; Wilson, 1992). Pour faciliter le traitement des données, ne pas entendre la voix chuchotée a été classé perte auditive légère, la voix normale, perte modérée et la voix forte, perte sévère. Cette nomenclature qui facilite la présentation des résultats n'a aucun lien avec les situations de handicap vécues par les personnes qui déclarent avoir une perte auditive. Ainsi, une perte légère peut entraîner de graves répercussions dans la vie sociale, familiale ou professionnelle d'une personne alors que pour une autre, une perte modérée sera beaucoup moins handicapante. Plusieurs facteurs, dont la présence d'autres incapacités auditives, interagissent pour produire les situations de handicap. La question QRI140 permet de savoir si la personne a déjà consulté un professionnel de la santé pour sa difficulté à entendre.

Les problèmes auditifs et la présence de bruit intense au travail ont été examinés chez ceux qui ont signalé occuper un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Les données sur le bruit au travail proviennent du questionnaire autoadministré (QAA), plus précisément de la question : « Dans le cadre de votre (vos) emploi(s) actuel(s), êtes-vous exposé au bruit intense (difficile d'avoir une conversation à quelques pieds de distance, même en criant)? » (QAA80).

En ce qui concerne les acouphènes, les questions provenant de la section XV du questionnaire autoadministré permettent d'examiner trois caractéristiques. Une première question porte sur la présence d'acouphènes « Entendez-vous des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans vos oreilles ou dans votre tête pendant des périodes d'au moins 5 minutes? » (QAA199). Deux autres questions portent sur la fréquence de ces acouphènes et sur le dérangement qu'ils provoquent : « À quelle fréquence entendez-vous ces bruits? » (QAA200) et « Est-ce que ces bruits vous dérangent? » (QAA201). Ces caractéristiques ont été mesurées dans les enquêtes rapportées par Davis (1983 et 1989), Coles (1984) et Axelsson et Ringdahl (1989).

14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Bien que des données sur l'audition aient été recueillies lors de l'enquête de 1987, elles ne sont en rien comparables à celles obtenues en 1998, puisqu'elles visaient à savoir, d'une part, si les personnes qui portaient un appareil auditif avaient de la difficulté à entendre, même avec leur appareil, et, d'autre part, si celles qui n'en portaient pas avaient de la difficulté à entendre une conversation normale. De plus, ces questions étaient posées dans le questionnaire autoadministré, et de ce fait, répondues par les personnes elles-mêmes. Le thème n'a pas été abordé lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

14.1.3 Portée et limites des données

La question sur l'évaluation de l'audition (QRI139) semble ne pas avoir mesuré les mêmes incapacités chez tous les répondants. Certains ont déclaré ne pas entendre ni comprendre la voix élevée ou normale

alors qu'ils en sont capables pour la voix basse, ou ne pas entendre la voix élevée alors qu'ils entendent la voix normale. Ce type de réponses pourrait être relié à la présence de certaines incapacités auditives particulières comme une perception de la sensation auditive anormale (hypersonie). Les termes décrivant l'intensité de la voix entendue (basse et élevée) pourraient aussi avoir été interprétés plutôt comme la hauteur de la voix (grave et aiguë). Après examen d'autres variables touchant l'audition, ces 97 réponses ambiguës ont été classées pertes auditives légères. Elles touchent environ 6 % des répondants ayant déclaré une perte auditive ou 9 % des répondants qui se retrouvent dans la catégorie « perte auditive légère ».

Bien que la question sur l'audition s'adressait à la population de 15 ans et plus, les résultats portant sur l'audition des jeunes de 15 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. Ainsi, toute l'analyse des résultats sur l'audition porte sur les 16 ans et plus. Par contre, l'information sur les acouphènes a trait à la population de 15 ans et plus.

Contrairement aux deux enquêtes d'où la question sur l'audition a été tirée, dans la présente enquête québécoise, la réponse est donnée par un tiers, ce qui peut avoir un impact sur la qualité de l'information fournie. Par contre, les questions sur les acouphènes ont été répondues par les personnes elles-mêmes. Cette différente façon de faire pourrait introduire un biais lorsque les données sur l'audition sont mises en lien avec celles sur les acouphènes dans l'analyse des résultats. Par ailleurs, l'examen de la condition d'exposition au bruit présente uniquement au moment de l'enquête contribue probablement à sous-estimer l'exposition au bruit subie depuis plusieurs années. En effet, il est reconnu que la nocivité du bruit est liée non seulement à son intensité, mais aussi à la durée d'exposition. Enfin, il est à noter que le taux de non-réponse partielle pour ces questions est inférieur à 5 %.

Il faut aussi rappeler le fait que l'enquête exclut une population fortement à risque de perte auditive et d'acouphènes constituée des personnes âgées vivant en institution.

14.2 Résultats

14.2.1 Audition

Variations selon le sexe et l'âge

Les Québécois de 16 ans et plus affirment avoir de la difficulté à entendre dans une proportion d'environ 7 % : près de 5 % ont une perte auditive légère, et un peu plus de 2 % ont une perte modérée ou sévère (tableaux 14.1 et 14.2). Dans l'ensemble, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à déclarer avoir une perte auditive (9 % c. 6 %). Cette différence est attribuable à l'écart observé dans la catégorie perte légère. Aucune différence significative n'est observée en ce qui concerne les pertes modérées et sévères. On retrouve également des écarts importants entre les hommes et les femmes selon l'âge. C'est chez les personnes de 45 à 74 ans que la différence entre les sexes est la plus marquée. Environ deux fois plus d'hommes que de femmes déclarent une perte d'audition dans le groupe des 45-64 ans (10 % c. 5 %) et dans le groupe des 65-74 ans (22 % c. 12 %).

Tableau 14.1
Perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
16-24 ans	2,8**	12
25-44 ans	4,4	52
45-64 ans	10,2	86
65-74 ans	21,5	53
75 ans et plus	34,2	35
Total	**8,5**	**238**
Femmes		
16-24 ans	1,9**	8
25-44 ans	3,4	39
45-64 ans	5,4	47
65-74 ans	11,9	33
75 ans et plus	25,2	47
Total	**6,0**	**175**
Sexes réunis		
16-24 ans	2,4*	20
25-44 ans	3,9	91
45-64 ans	7,8	133
65-74 ans	16,4	86
75 ans et plus	28,3	82
Total	**7,2**	**413**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.2
Degré de perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998

	Légère	Modérée	Sévère
		%	
Hommes	5,9	1,1*	1,5
Femmes	3,9	0,6*	1,6
Sexes réunis			
16-24 ans	1,1	0,2	1,1**
25-44 ans	2,5	0,3**	1,1*
45-64 ans	5,7	0,8*	1,3*
65-74 ans	11,8	2,1**	2,4*
75 ans et plus	17,3	5,5*	5,5*
Total	**4,9**	**0,9**	**1,5**
Pe '000	**277**	**49**	**87**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

De façon générale, la proportion de personnes qui présentent des problèmes auditifs augmente avec l'âge. Ainsi, près de 4 % des personnes de 25 à 44 ans déclarent avoir de la difficulté à entendre comparativement à près de 8 % de celles de 45 à 64 ans et à plus de 16 % des personnes de 65 à 74 ans. Pour le groupe d'âge des 75 ans et plus, près de 3 personnes sur 10 (28 %) signalent avoir de la difficulté avec leur audition (tableau 14.1).

Consultation d'un professionnel de la santé

À peine plus de la moitié des personnes ayant reconnu avoir de la difficulté à entendre ont dit avoir consulté un professionnel de la santé pour ce problème (54 %) (tableau 14.3). Ce sont les personnes ayant une perte modérée qui ont le plus consulté (79 %), suivies de celles ayant une perte légère (56 %). Seulement le tiers des personnes déclarant avoir une perte sévère ont fait une démarche auprès d'un professionnel de la santé (36 %). Il n'y a pas de différence significative entre les sexes. L'enquête révèle une tendance à l'augmentation de la consultation avec l'âge. Ainsi, les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté que celles de 25 à 44 ans (63 % c. 41 %).

Tableau 14.3
Consultation d'un professionnel de la santé pour perte auditive selon l'âge et le degré de perte, population de 16 ans et plus déclarant une perte auditive, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Sexes réunis		
16-24 ans	35,6*	64,4*
25-44 ans	41,4	58,6
45-64 ans	58,1	41,9
65-74 ans	57,3	42,7
75 ans et plus	62,6	37,4
Total	**54,0**	**46,0**
Degré de perte auditive		
Légère	55,5	44,5
Modérée	78,6	21,4*
Sévère	35,5	64,5
Perte tous degrés	**54,0**	**46,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon la perception de l'état de santé

La proportion des personnes ayant déclaré une atteinte auditive qui considèrent leur état de santé moyen ou mauvais est beaucoup plus élevée que chez celles n'ayant pas de problème auditif (25 % c. 10 %) (tableau 14.4). Cette différence est notée autant chez les individus de moins de 65 ans (16 % c. 9 %) que chez ceux de 65 ans et plus (38 % c. 19 %).

Tableau 14.4
Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais) selon l'état de l'audition et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune perte auditive	Présence de perte auditive
	%	
Sexes réunis		
16-64 ans	8,8	15,9
65 ans et plus	19,0	38,2
Total	**10,1**	**25,1**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon certaines caractéristiques du travail

Les données de l'enquête montrent une association entre l'audition et l'exposition au bruit intense au travail chez les personnes qui occupent un emploi rémunéré. Ainsi, les personnes qui se perçoivent exposées tout le temps ou assez souvent au bruit intense au travail sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer une perte auditive que les personnes qui ne sont exposées que de temps en temps ou jamais (8 % c. 4,1 %) (tableau 14.5).

Tableau 14.5
Perte auditive selon la présence de bruit intense au travail et la catégorie professionnelle, population de 16 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Bruit intense au travail		
Jamais ou de temps en temps	4,1	116
Assez souvent ou toujours	8,4*	35
Catégorie professionnelle		
Professionnel, cadre, semi-professionnel, technicien, employé de bureau, de commerce et de service	3,5	75
Contremaître, ouvrier qualifié, ouvrier non qualifié, manœuvre	7,1	76

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Autre caractéristique du travail, la catégorie professionnelle des personnes qui occupaient un emploi rémunéré au moment de l'enquête est également associée à l'audition. Il y a proportionnellement plus de contremaîtres, d'ouvriers qualifiés ou non qualifiés et de manœuvres qui déclarent avoir une perte d'audition que d'individus professionnels, cadres supérieurs, techniciens et employés de bureau, de commerce ou de service (7 % c. 3,5 %).

14.2.2 Acouphènes

Plus d'un Québécois de 15 ans et plus sur huit (13 %) déclare avoir des acouphènes (tableau 14.6). Les données montrent une association entre l'âge et les acouphènes. On note une augmentation significative du taux entre 25 et 74 ans : près de 10 % des 25-44 ans ont des acouphènes alors que le taux est de près de 20 % chez les 65-74 ans. On observe une différence significative entre les sexes que pour le groupe des 45-64 ans.

Tableau 14.6
Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes		
16-24 ans	14,7	73
25-44 ans	10,4	122
45-64 ans	16,2	137
65-74 ans	21,4	53
75 ans et plus	16,8*	17
Total	**14,0**	**401**
Femmes		
16-24 ans	12,1	57
25-44 ans	9,4	108
45-64 ans	12,8	111
65-74 ans	18,1	53
75 ans et plus	12,0*	22
Total	**11,8**	**351**
Sexes réunis		
16-24 ans	13,4	131
25-44 ans	9,9	230
45-64 ans	14,5	248
65-74 ans	19,7	105
75 ans et plus	13,8	39
Total	**12,9**	**752**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Plus du tiers des personnes avec acouphènes indiquent que ces acouphènes sont souvent ou toujours présents (35 %) (tableau 14.7). Près d'une personne sur dix ayant des acouphènes mentionne que ceux-ci la dérangent beaucoup (10 %) et près de deux sur dix ont des acouphènes qui les dérangent modérément (18 %) (tableau 14.8). Si on rapporte ces données à l'ensemble de la population, on estime

donc que 2,1 % des Québécois de 15 ans et plus ont des acouphènes qui sont toujours présents et que 1,3 % ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup (données non présentées).

Tableau 14.7
Fréquence des acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998

	Rarement ou parfois	Souvent	Toujours
	%		
Sexes réunis			
15-24 ans	85,7	8,7**	5,6**
25-44 ans	72,5	18,4	9,1*
45-64 ans	53,3	24,2	22,5
65-74 ans	50,7	18,5*	30,7
75 ans et plus	54,4	24,3*	21,3*
Total	**64,7**	**18,9**	**16,4**
Pe '000	**485**	**143**	**125**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.8
Dérangement lié aux acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998

	Pas du tout ou un peu	Modérément	Beaucoup
	%		
Sexes réunis			
15-24 ans	79,4	14,7*	5,9**
25-44 ans	76,1	17,4	6,5**
45-64 ans	66,2	20,0	13,8
65-74 ans	69,3	20,1*	10,7**
75 ans et plus	76,7	5,4*	18,0*
Total	**72,5**	**17,6**	**9,9**
Pe '000	**545**	**132**	**75**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'enquête révèle que la proportion des individus âgés de 45 ans et plus ayant des acouphènes souvent ou toujours est plus importante que celle du groupe des 25-44 ans. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'individus de 45 à 64 ans et celles du groupe de 65 ans et plus qui déclarent avoir des acouphènes souvent ou toujours. En ce qui concerne le fait d'être beaucoup dérangé par les acouphènes, les résultats montrent une association avec l'âge : plus de 6 % du groupe des 15-44 ans le sont, alors que le taux est de près de 14 % dans le groupe des 45 ans et plus. Ni la fréquence des acouphènes, ni le dérangement qu'ils provoquent ne sont liés au sexe (données non présentées).

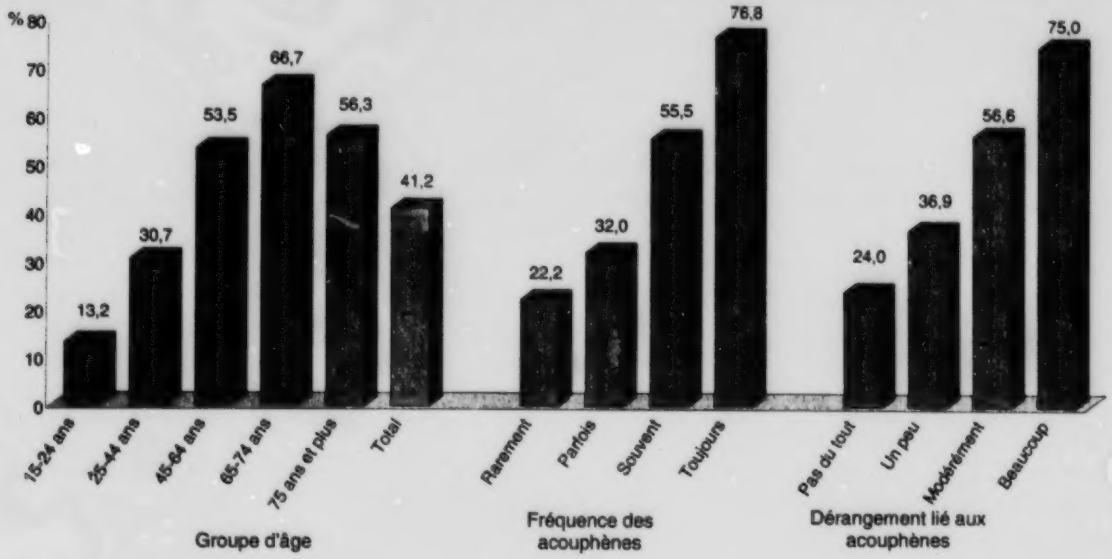
Consultation d'un professionnel de la santé

Un peu plus de 40 % des personnes avec acouphènes ont déjà consulté un professionnel de la santé à ce propos (figure 14.1). Le taux de consultation augmente avec l'âge. Près de neuf individus sur dix, âgés de 15 à 24 ans, n'ont pas consulté pour leurs acouphènes alors qu'un individu sur trois ne l'a pas fait chez les 65-74 ans. Ce sont, en proportion, les personnes ayant des acouphènes qui sont toujours présents qui ont le plus consulté (77 %) et celles qui ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup (75 %). Un élément important à signaler est que près du quart des individus qui déclarent que leurs acouphènes les dérangent beaucoup n'en ont jamais parlé à un professionnel de la santé.

Acouphènes et état de l'audition

La présence d'acouphènes et leur fréquence sont associées à l'état de l'audition. Chez les personnes qui déclarent avoir des acouphènes, on note proportionnellement plus d'atteinte auditive (17 % c. 6 %) que chez celles qui n'ont pas d'acouphènes (tableau 14.9). L'enquête ne montre cependant pas de différence significative selon le degré de perte auditive.

Figure 14.1
Consultation d'un professionnel de la santé selon l'âge, la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.9
État de l'audition selon la présence ou l'absence d'acouphènes, population de 16 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune perte auditive	Perte légère	Perte modérée	Perte sévère	Perte tous degrés
			%		
Présence d'acouphènes	83,5	12,5	2,1	1,9	16,5
Absence d'acouphènes	94,5	3,7	0,6	1,3	5,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les personnes dont les acouphènes sont présents souvent ou toujours sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une perte auditive (22 % et 29 % respectivement) que les personnes dont les acouphènes se manifestent rarement ou parfois (12 %) (tableau 14.10). L'enquête met en lumière une association entre l'audition et le dérangement provoqué par les acouphènes. Les individus qui déclarent être beaucoup dérangés par les acouphènes sont proportionnellement plus nombreux à avoir une perte auditive que les personnes dont les acouphènes sont peu ou pas dérangeants (27 % c. 15 %) .

Tableau 14.10
État de l'audition selon la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 16 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998

	Aucune perte auditive	Présence de perte auditive
	%	
Fréquence des acouphènes		
Rarement ou parfois	88,3	11,7
Souvent	78,0	22,0
Toujours	70,9	29,2
Dérangement lié aux acouphènes		
Pas du tout ou un peu	85,4	14,6
Modérément	80,9	19,2
Beaucoup	73,2	26,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Il ressort des résultats de l'enquête qu'environ 7 % des Québécois de 16 ans et plus vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, en se basant sur la capacité d'entendre et de comprendre la parole dans une pièce silencieuse. On note une augmentation avec l'âge : 8 % des personnes de 45 à 64 ans ont une atteinte auditive alors qu'on en retrouve 28 % chez les personnes de 75 ans et plus. Le taux est probablement sous-estimé pour l'ensemble de la population âgée car il est reconnu que les personnes vivant dans des centres pour personnes âgées ont un plus fort taux de surdité (Gilhome Herbst, 1983). De plus, cette question sur l'audition dans une pièce silencieuse n'évalue qu'une partie des capacités auditives. Enfin, comme le mentionne Wilson (1992), elle ne permet pas de repérer les personnes qui, aidées de services de réadaptation appropriés, ont développé des habiletés pour compenser leur surdité.

Les prévalences obtenues dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont inférieures à celles des enquêtes d'où ces questions ont été tirées. Ainsi, en Grande-Bretagne et en Australie, on a obtenu des taux de 10 % à 15 %. Ces différences proviennent probablement, en partie, du fait que, dans l'enquête québécoise, l'état de l'audition est rapporté par un tiers. Pour cette raison et pour éviter les ambiguïtés notées dans certaines réponses, il y aurait lieu de revoir la méthodologie, entre autres en incluant la question sur l'audition dans le questionnaire autoadministré. De plus, il serait pertinent d'ajouter une question afin d'évaluer la présence de situations de handicap liées aux incapacités auditives (ex. : privation de sortie, non-utilisation du téléphone, etc.) pour mieux repérer les personnes qui ont des besoins de services liés à leur surdité. À cet effet, le lecteur est invité à consulter le rapport de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* qui traite, entre autres sujets, de l'incapacité liée aux pertes auditives (Camirand et autres, à paraître).

Par rapport aux problèmes de santé dont il est question au chapitre précédent, la fréquence des problèmes d'audition est un peu supérieure à celle des maladies cardiaques chez les personnes de 45 à 64 ans (8 % c. 6 %) et s'en approche chez les personnes de 65 ans et plus (21 % c. 23 %).

Seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre a consulté un professionnel de la santé. Les raisons de ce très haut taux de non-consultation devraient être examinées. On peut émettre l'hypothèse que ce n'est pas uniquement dû à l'absence de handicap. Le manque de connaissance et de sensibilisation de la population à la déficience auditive et aux moyens de diminuer les incapacités et les situations de handicap de même que le manque de ressources appropriées sont quelques facteurs explicatifs (Hétu et Getty, 1992). Enfin, pourquoi seulement le tiers des individus ayant une perte d'audition sévère a consulté alors que les trois quarts des personnes ayant une perte modérée l'ont fait? Il s'agit peut-être de sous-déclaration liée à la réponse par une tierce personne ou liée au fait que la consultation serait très ancienne.

Par ailleurs, on observe un lien entre la perception de l'état de santé et la perte auditive. Les gens ayant de la difficulté à entendre se déclarent dans une plus forte proportion en moyenne ou mauvaise santé. Les résultats de l'enquête montrent également un lien entre la perte auditive et l'exposition au bruit au travail. Cependant, pour mieux examiner l'effet du bruit sur l'audition et tenter d'estimer le taux de pertes auditives dues au bruit, la prochaine enquête devrait inclure la notion de durée d'exposition au bruit.

Environ un Québécois sur huit a des acouphènes. Plus de 2 % des Québécois ont des acouphènes qui sont toujours présents et plus de 1 % déclarent que leurs acouphènes les dérangent beaucoup. Ces données se rapprochent des données publiées sur la présence d'acouphènes et sur le dérangement qu'ils provoquent. Par contre, le taux d'adultes qui rapportent des acouphènes présents souvent ou toujours est moindre que dans d'autres études (Axelsson et

Ringdahl, 1989). De même, les données québécoises montrent un taux de surdité plus faible chez les personnes ayant des acouphènes, ceci étant probablement relié au fait que la question sur l'audition a été répondue par un tiers.

Le quart des personnes qui ont des acouphènes permanents ou qui ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup n'ont jamais consulté un professionnel de la santé. On peut avancer comme raisons sous-jacentes un manque de sensibilisation à ce problème de santé et une méconnaissance des services de réadaptation disponibles autant chez les professionnels de la santé que dans l'ensemble de la population (Reich, 1999). Cette question mériterait d'être étudiée.

Selon les données de l'enquête, aucun lien n'a été observé entre l'audition et la détresse psychologique, la satisfaction face à la vie sociale et la fréquence des rencontres sociales (données non présentées). De même, aucun lien n'a été décelé entre la fréquence des acouphènes ou le dérangement induit et l'exposition au bruit intense au travail, l'indice de détresse psychologique et la perception de la santé mentale (données non présentées). Comme la littérature fait état de liens entre des variables similaires, il serait souhaitable d'approfondir ces diverses questions.

Éléments de réflexion pour la planification

Ces premières données québécoises sur les troubles auditifs permettent de constater l'importance de leur prévalence et leur lien avec la perception de l'état de santé de la population. Ces nouvelles informations permettent maintenant de mettre en perspective les problèmes auditifs par rapport à l'ensemble des problèmes de santé qui affectent la santé des Québécois et d'aider dans la planification des programmes de santé.

Ces données mettent en lumière un problème sur le plan de la consultation pour les problèmes auditifs. On peut émettre quelques hypothèses sur les causes du faible taux de consultation tels un manque de sensibilisation de la population et des professionnels, un manque de services d'évaluation et de réadaptation adaptés, la stigmatisation des personnes affectées. La situation doit être examinée afin de tenter de mieux répondre aux besoins de cette population et de maximiser les services actuellement disponibles.

Le lien qui a été établi entre l'exposition au bruit et la présence de perte auditive incite à augmenter les efforts de prévention dans les milieux de travail. En effet, contrairement à la dégradation de l'audition liée à l'âge, on peut agir efficacement en améliorant l'environnement de travail. De même, le taux élevé des personnes qui présentent des acouphènes doit amener une réflexion sur leur prévention. Là encore, un facteur de risque sur lequel on peut agir est l'exposition au bruit intense, notamment en milieu professionnel.

Section II Problèmes visuels

Introduction

Par problème visuel, on entend ici toute difficulté à voir de près ou de loin, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté. Parmi les problèmes de la vision, on compte les défauts de réfraction (myopie, hypermétropie et astigmatisme) et les problèmes d'accommodation (presbytie...), mais aussi d'autres troubles qui ne sont pas liés à l'accommodation (cataracte, glaucome...) et qui se traduisent par des difficultés à voir de près ou de loin. La presbytie et la myopie comptent toutefois parmi les problèmes visuels entraînant des difficultés à voir de près ou de loin les plus prévalents.

Le problème de vision de près, c'est-à-dire la difficulté à obtenir ou à maintenir une vision nette à la distance normale de lecture est dû, notamment, mais pas uniquement, à une diminution physiologique de l'amplitude d'accommodation liée à l'âge. Le problème se manifeste plus particulièrement à partir de 40 ans et atteint la très grande majorité de la population de 65 ans et plus. Une étude australienne montre que 87 % des femmes et 85 % des hommes de 40 ans et plus doivent porter des verres pour corriger un trouble de vision de près (Taylor et autres, 1997). Selon cette étude, on n'observe pas de différence selon le sexe après un ajustement des données en fonction de l'âge.

Selon des études américaines, la prévalence de la myopie dans la population adulte se situe autour de 25 % (Wang et autres, 1994 ; Sperduto et autres,1983). Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, elle augmente de l'enfance à la fin de l'adolescence, se stabilise puis tend à diminuer avec l'avancement en âge. Cependant d'autres troubles affectant la vision à distance augmentent avec l'âge (Katz et autres, 1997). Une association positive de la myopie avec la scolarité a été observée dans plusieurs études. Le phénomène s'expliquerait par des facteurs génétiques et environnementaux comme l'habitude de travailler ou de lire de trop près. La part relative de l'un et l'autre facteurs demeure toutefois difficile à établir. Les membres d'une famille ne partagent pas seulement le même patrimoine génétique, ils sont aussi exposés au même environnement (Sperduto et autres, 1996; Angle et Wissmann, 1980).

La prévalence des troubles visuels au Québec n'est pas connue. Le rapport de l'Enquête *Santé Canada de 1978* établit à 45 % la proportion de la population canadienne qui utilise des verres correcteurs, sans toutefois en distinguer la raison (Statistique Canada, 1981).

Le texte qui suit présente la prévalence des problèmes de vision de près et de loin selon l'âge et le sexe de la population de 7 ans et plus et vérifie le lien entre ces problèmes et la scolarité et aussi le niveau de revenu des ménages.

14.1 Aspects méthodologiques

14.1.1 Indicateurs

Les deux questions qui portent sur la vision font partie de la section XI - Vision et audition du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI); elles sont donc posées à une personne qui répond pour elle-même et pour les autres membres du ménage. Formulée de la façon suivante : « Habituellement ... voit-il (elle) assez bien pour lire les caractères d'un journal sans lunettes ou verres de contact? » (QRI137), la première question s'intéresse à la vision de près. La question suivante porte sur la vision de loin : « Habituellement ... voit-il (elle) assez bien pour reconnaître un(e) ami(e) de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact? » (QRI138). Les questions s'adressent aux personnes en âge de pouvoir lire, soit la population de 6 ans et plus.

14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Des questions d'ordre méthodologique empêchent la comparaison des résultats avec ceux de l'enquête *Santé Québec 1987*. De plus, lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ce thème n'était pas abordé.

14.1.3 Portée et limites des données

Pour les troubles visuels comme pour les autres problèmes de santé, la réponse par une tierce personne, bien que généralement acceptable, est susceptible d'entraîner une sous-déclaration et donc une sous-estimation de la prévalence des problèmes rapportés pour les membres du ménage autres que le répondant clé. Cependant, l'utilisation de questions indirectes, sans référence à des termes médicaux moins connus de la population, comme celles retenues ici pour mesurer les problèmes de vision de près ou de loin, réduit ce risque chez les personnes qui répondent pour elles-mêmes ou pour une autre personne (Walline et autres, 1996).

Il faut aussi rappeler que ces questions ne détectent pas nécessairement la présence de la myopie ou de la presbytie, mais bien toute difficulté à voir de loin ou de près, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté. La non-réponse partielle se situe sous les 5 % pour chacune des questions.

Bien que ces questions s'adressaient à la population de 6 ans et plus, les résultats portant sur la vision des enfants de 6 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. L'analyse porte donc sur la vision de la population de 7 ans et plus.

Contrairement aux données sur l'audition, les résultats recueillis sur la vision ne permettent pas de connaître le degré de perte de vision et de classer la population selon le degré de gravité du problème. De ce fait, les résultats disponibles ne permettent pas de discriminer les cas graves des cas modérément graves ou des cas légers.

14.2 Résultats

14.2.1 Vision de près

Près de deux Québécois sur cinq (38 %) ont des troubles de vision de près. Il y a proportionnellement plus de femmes (41 %) que d'hommes (35 %) qui sont touchées par le problème (tableau 14.1). La difficulté à voir de près tend à augmenter avec l'âge. Entre le groupe des 7-14 ans et celui des 15-44 ans, la proportion passe presque du simple au double (d'environ 11 % à 20 %). Près des deux tiers des personnes de 45 à 64 ans ont des problèmes de vision de près et la proportion s'élève à environ 75 % chez celles de 65 ans et plus. Selon les données de l'enquête, la vision de près n'est pas associée au revenu, pas plus qu'à la scolarité relative (données non présentées).

14.2.2 Vision de loin

D'après les données de l'enquête, environ le quart (26 %) de la population de 7 ans et plus éprouve de la difficulté à bien voir de loin sans lunettes ou verres de contact (tableau 14.1). La proportion est plus élevée chez les femmes (29 %) que chez les hommes (23 %). La vision de loin présente des variations selon l'âge. Ainsi, comparativement aux personnes des autres groupes d'âge, les enfants de 7 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux et les personnes de 75 ans et plus sont davantage nombreuses à déclarer des troubles de vision à distance. Aucune différence par groupe d'âge n'est décelée entre 15 et 74 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Dans la population âgée de 15 ans et plus, la vision de loin est associée à la scolarité relative et au revenu. La proportion de personnes ayant des troubles de vision de loin tend à augmenter avec le niveau de scolarité; elle passe de 22 % à 35 % du plus bas au plus haut niveau de scolarité (tableau 14.2). En ce qui concerne le niveau de revenu, on observe que les personnes faisant partie de la catégorie supérieure de revenu sont plus nombreuses, en proportion, à éprouver de la difficulté à voir de loin que les personnes des autres catégories de revenu (32 % c. 25 % à 26 %) (tableau 14.3).

Tableau 14.1

Prévalence des troubles de la vision selon le sexe et l'âge, population de 7 ans et plus, Québec, 1998

	Troubles de la vision de près		Troubles de la vision de loin	
		Pe		Pe
	%	'000	%	'000
Hommes				
7-14 ans	10,7	38	12,5	45
15-24 ans	14,5	72	24,9	124
25-44 ans	19,1	224	21,2	249
45-64 ans	63,5	534	25,2	212
65-74 ans	73,5	181	24,2	60
75 ans et plus	70,5	71	37,6	38
Total	**34,8**	**1 121**	**22,6**	**727**
Femmes				
7-14 ans	10,9	39	14,7	52
15-24 ans	20,8	99	32,4	154
25-44 ans	22,9	264	28,5	327
45-64 ans	69,0	600	29,4	256
65-74 ans	79,2	223	33,3	94
75 ans et plus	78,4	148	43,3	82
Total	**41,3**	**1 371**	**29,1**	**965**
Sexes réunis				
7-14 ans	10,8	77	13,6	97
15-24 ans	17,6	171	28,5	278
25-44 ans	21,0	487	24,8	576
45-64 ans	66,3	1 134	27,4	468
65-74 ans	76,6	404	29,1	153
75 ans et plus	75,7	219	41,3	120
Total	**38,1**	**2 492**	**25,9**	**1 692**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.2

Troubles de la vision de loin selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Scolarité relative		
Plus faible	21,7	244
Faible	24,2	286
Moyenne	27,5	332
Élevée	28,1	324
Plus élevée	34,5	408

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.3

Troubles de la vision de loin selon le niveau de revenu, population de 7 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Niveau de revenu		
Très pauvre	25,8	118
Pauvre	25,1	192
Moyen inférieur	24,7	527
Moyen supérieur	25,3	614
Supérieur	31,9	242

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Près de deux Québécois de 7 ans et plus sur cinq ont de la difficulté à voir de près. Mais, on estime qu'environ 70 % des personnes de 45 ans et plus sont touchées par le problème. Cette proportion est inférieure à celle qui a été observée dans l'étude australienne mentionnée plus haut qui rapporte une prévalence de 85 % chez les hommes et de 87 % chez les femmes de 40 ans et plus. Les études ayant porté sur des populations comparables, une partie de cette différence est probablement attribuable au fait que, dans l'étude australienne, la prévalence est basée sur un examen visuel et non sur une déclaration des individus.

Environ le quart de la population de 7 ans et plus présente des troubles de vision de loin. Dans la population des 15 ans et plus, la prévalence est presque la même (27 %); elle s'apparente à la prévalence de la myopie qui affecte le quart de la population adulte aux États-Unis. Ce sont les personnes de 75 ans et plus qui semblent les plus touchées par le problème, soit environ deux personnes sur cinq. Dans ce groupe d'âge, il est possible que des affections de l'œil comme la cataracte, le glaucome et les maladies de la rétine soient à l'origine de certains troubles de la vision à distance. On a vu au chapitre précédent que près du tiers des personnes de 75 ans et plus rapportent au moins une maladie de l'œil. Les résultats de l'enquête confirment également ceux d'autres études selon lesquels les personnes de niveaux de scolarité ou de revenu élevés sont plus susceptibles d'avoir des troubles de vision de loin que les personnes de faibles niveaux de scolarité ou de revenu.

Les limites des données actuelles donnent à penser qu'il faudrait, lors de la prochaine enquête, utiliser des questions permettant de classer la population selon le degré d'atteinte visuelle. Pour de plus amples renseignements sur l'incapacité liée à la vision, le lecteur est invité à consulter le rapport de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (Camirand et autres, à paraître).

Éléments de réflexion pour la planification

La proportion de personnes qui présentent des troubles de vision de près demeurera probablement stable dans les différents groupes d'âge, mais le nombre de personnes touchées augmentera en raison du vieillissement de la population et de l'allongement de la durée de vie. Il s'ensuivra un accroissement de la demande de services d'optométrie et d'ophtalmologie.

Par ailleurs, la prévalence des troubles de vision de loin est sans doute appelée à diminuer avec l'utilisation croissante des techniques qui permettent de corriger certains problèmes qui affectent cette vision. La diminution de la prévalence touchera vraisemblablement les personnes les plus scolarisées qui sont souvent plus favorisées sur le plan économique et donc plus en mesure d'avoir accès à ces techniques. Il en résultera une réduction des écarts observés entre les personnes de niveau élevé de scolarité et les personnes de niveau de scolarité moindre. La situation actuelle pourrait même s'inverser.

Bibliographie

ANGLE, J., et D. A. WISSMANN (1980). « The epidemiology of myopia », *American Journal of Epidemiology*, vol. 111, n° 2, p. 220-228.

AXELSSON, A., et A. RINGDAHL (1989). « Tinnitus: A study of its prevalence and characteristics », *British Journal of Audiology*, vol. 23, p. 53-62.

BESS, F. H., M. J. LICHTENSTEIN, S. A. LOGAN et autres (1989). « Hearing impairment as a determinant of function in the elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 37, p. 123-128.

CAMIRAND, J., et autres (à paraître). *Rapport de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

COLES, R. R. A. (1984). « Epidemiology of tinnitus: (1) Prevalence », *Journal of Laryngology and Otology*, vol. 98, (suppl. 9), p. 7-15.

DAVIS, A. C. (1983). « Hearing disorders in the population, First phase finding of the MRC National Study of Hearing » dans LUTMAN, M. E., et M. P. HAGGARD (éd.), *Hearing Science and Hearing Disorders*, London, Academic Press, p. 35-62.

DAVIS, A. C. (1989). « The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain », *International Journal of Epidemiology*, vol. 18, n° 4, p. 911-917.

GILHOME HERBST, K. C., et C. M. HUMPHREY (1980). « Hearing impairment and mental state in the elderly living at home », *British Medical Journal*, vol. 281, p. 903-905.

GILHOME HERBST, K. C. (1983). « Psycho-social consequences of disorders of hearing in the elderly » dans HINCHCLIFFE, R. (éd.), *Hearing and Balance in the Elderly*, London, Churchill Livingstone, p. 174-200.

HALLBERG, L. R.-M., et M.-L. BARRENÄS (1993). « Living with a male with a noise-induced hearing loss: Experiences from a perspective of spouses », *British Journal of Audiology*, vol. 25, p. 255-261.

HALLBERG, L. R.-M., et S. G. CARLSSON (1991). « A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment », *British Journal of Audiology*, vol. 25, p. 201-211.

HÉTU, R., L. GETTY et H. T. QUOC (1995). « Impact of occupational hearing loss on the lives of workers », *Occupational Medicine: State of the Arts Reviews*, vol. 10, n° 3, p. 495-512.

HÉTU, R., et L. GETTY (1992). *Programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe ou conjoint*, Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal, 60 p.

JONES, L., J. KYLE et P. I. WOOD (1987). *Words apart: Losing your hearing as an adult*, London and New York, Tavistock Publications, 267 p.

KATZ, J., J. M. TIELSCH et A. SOMMER (1997). « Prevalence and risk factors for refractive errors in an adult inner city population », *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, vol. 38, n° 2, p. 334-340.

LEROUX, T., et M. LALONDE (1993). « Proposition d'une nomenclature enrichie des capacités liées aux sens et à la perception–audition », *Réseau international CIDIH*, vol. 5, n° 3, p. 35-39.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH–OFFICE OF MEDICAL APPLICATIONS OF RESEARCH (1990). « Noise and hearing loss - Consensus conference », *JAMA*, vol. 263, n° 23, p. 3185-3190.

PHANEUF, R., et R. HÉTU (1990). « An epidemiological perspective of causes of hearing loss among industrial workers », *The Journal of Otolaryngology*, vol. 19, n° 1, p. 31-40.

PILGRAMM, M., R. RYCHLICK, H. LEBISCH et autres (1999). « Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study » dans HAZELL, J. (éd.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U. K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center, p. 64-67.

REICH, G. E. (1999). « Tinnitus awareness in the general public, hearing health specialists and primary care physicians » dans HAZELL, J. (éd.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U. K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center.

SANCHEZ, L., C. BOYD et A. DAVIS (1999). « Prevalence and problems of tinnitus in the elderly » dans HAZELL, J. (éd.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U. K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center, p. 58-63.

SCOTT, B., P. LINDBERG, L. MELIN et L. LYTTKENS (1990). « Predictors of tinnitus discomfort, adaptation and subjective loudness », *British Journal of Audiology*, vol. 24, p. 51-62.

SPERDUTO, R. D., D. SEIGEL, J. ROBERTS et M. ROWLAND (1983). « Prevalence of myopia in the United States », *Archives of Ophthalmology*, vol. 101, p. 405-407.

SPERDUTO, R. D., et autres (1996). The Framingham Offspring Eye Study Group, « Familial aggregation of prevalence of myopia in the Framingham Offspring Eye Study », *Archives of Ophthalmology*, vol. 114, p. 326-332.

STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Santé et Bien-être social Canada, catalogue 82-538F, 243 p.

TAYLOR, H. R., P. M. LIVINGSTON, Y. L. STANISLAVSKY et C. A. McCARTY (1997). « Visual impairment in Australia: Distance visual acuity, near vision, and visual findings of the Melbourne Visual Impairment Project », *American Journal of Ophthalmology*, vol. 123, p. 326-337

WALLINE, J. J., K. ZADNIK et D. O. MUTTI (1996). « Validity of surveys reporting myopia, astigmatism, and presbyopia », *Optometry and Vision Science*, vol. 73, n° 6, p. 376-381.

WANG, Q., B. E. KLEIN, R. KLEIN et S. E. MOSS (1994). « Refractive status in the Beaver Dam Eye Study », *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, vol. 35, n° 13, p. 4344-4347.

WEINSTEIN, B. E., et I. M VENTRY (1982). « Hearing impairment and social isolation in the elderly », *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 25, p. 593-599.

WILSON, D., S. XIBIN, P. READ et autres (1992). « Hearing loss – an underestimated public health problem », *Australian Journal of Public Health*, vol. 16, n° 3, p. 282-286.

Chapitre 15

Accidents avec blessures

Yvonne Robitaille
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Robert Bourbeau
Centre interuniversitaire d'études démographiques
et Département de démographie
Université de Montréal

Nicole Damestoy
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Claude Goulet
Secrétariat au loisir et au sport
Ministère de la Santé et des Services sociaux

I. Barry Pless
Département d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill

Introduction

Au Québec, chaque année, environ un décès sur quinze (7 %) survient à la suite de ce que nous appellerons ici les accidents avec blessures. Cela représente une dizaine de décès chaque jour. Le tiers de ces décès touchent les personnes de 65 ans et plus en raison de leur vulnérabilité, qui augmente avec l'âge. Chez les jeunes, les décès sont rares; par contre, lorsqu'un jeune meurt, trois fois sur quatre c'est à la suite d'un accident avec blessures (Masson et Dorval, 1998). Les accidents avec blessures constituent donc un problème de santé qui concerne tous les groupes d'âge.

Pour chaque accident mortel, un grand nombre d'autres ne le sont pas. Quelques indicateurs nous renseignent sur leurs diverses conséquences. Ainsi, 19 % des personnes restreintes dans leurs activités à cause d'un problème de santé de longue durée mettent en cause un accident ou une blessure (Wilkins, 1995). Parmi les raisons de consultation d'un médecin généraliste, 8 % sont liées à des blessures consécutives à un accident (Fournier et Coté, 1995). Ici aussi, la morbidité par blessures varie beaucoup selon le sexe et l'âge, reflétant les variations de l'exposition au risque chez les individus au cours des diverses périodes de la vie. Ce profil est maintenant assez connu dans plusieurs populations (Bourbeau et Courville, 1997).

Malgré que les accidents avec blessures aient des conséquences importantes sur la vie quotidienne des individus et sur la société, l'ampleur et les circonstances de ces accidents sont toutefois mal connues, et ce, particulièrement pour les événements non mortels. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a permis d'estimer que 8 % de la population québécoise avait subi un accident avec blessures au cours d'une période de douze mois. Près du tiers de ces accidents avaient eu lieu à domicile, le quart au travail et le cinquième dans un lieu de sport et de loisir (Robitaille et autres, 1995). Le mécanisme à l'origine de la blessure (ex. : chute, brûlure) n'avait pas été inventorié. Globalement, le taux de morbidité déclarée due aux accidents ne montrait aucune différence selon le niveau de revenu des personnes blessées. Ce résultat paraissait en contradiction avec plusieurs études qui ont constaté des taux de morbidité et surtout de mortalité par traumatisme plus élevés dans les segments de la population ayant les plus faibles revenus.

Au début des années 90, la *Politique de la santé et du bien-être* fixait d'ambitieux objectifs à l'égard des traumatismes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). « D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives ». Ce souci de prévention a d'ailleurs été réitéré en 1997, puisque les traumatismes figurent parmi les sept problèmes de santé inscrits dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997). Celles-ci visent des domaines d'actions qui devraient permettre de réaliser des gains importants en matière de santé publique.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de vérifier si les objectifs provinciaux de 1992 sont en voie d'être atteints. Étant donné que le nombre d'hospitalisations dues aux traumatismes a vraisemblablement été touché par les changements récents de l'organisation des soins de santé au Québec, l'indicateur de morbidité par traumatismes fourni par l'enquête apporte une information unique. Il permet en effet d'effectuer une comparaison adéquate dans le temps puisqu'il est demeuré identique depuis l'enquête de 1992-1993.

Les données fournies par les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 concernent les accidents ayant causé des blessures qui ont été déclarés par les personnes interviewées. Cette information permet donc de dresser un portrait plus clair de ce qui peut être appelé « la morbidité ressentie », soit la morbidité qui n'entraîne pas nécessairement une hospitalisation ou un décès et qui, par le fait même, n'est pas recensée dans les sources de données officielles.

Le premier objectif du présent chapitre est d'identifier le sens de l'évolution entre 1992-1993 et 1998, du problème que constituent les accidents avec blessures et leurs conséquences. Les questions utilisées dans l'enquête de 1992-1993 concernant les lieux où surviennent les blessures, qui sont d'ailleurs très peu documentés dans les autres sources de données, ont été conservées en 1998 avec le même libellé. Ainsi, l'enquête de 1998 permet de vérifier si la distribution des lieux où les accidents avec blessures sont survenus est la même qu'en 1992-1993 ou si un lieu en particulier prend progressivement plus d'importance.

Le deuxième objectif est de mesurer l'importance des accidents avec blessures selon les lieux et les circonstances. Par exemple, comment surviennent les blessures à domicile chez les jeunes enfants? S'agit-il surtout de chutes, de brûlures ou de heurts contre des objets variés? Quelles sont les principales activités sportives à l'origine des blessures dans les lieux de loisir et de sport?

Le troisième objectif est d'approfondir la relation entre l'incidence des accidents avec blessures et le niveau socioéconomique des personnes concernées.

15.1 Aspects méthodologiques

Le terme « accident » est utilisé pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue; il ne faut pas pour autant lui conférer une connotation d'inéluctabilité. Les termes « traumatisme » et « blessure » sont interchangeables dans le texte.

Par « accident avec blessure », nous entendons toutes les conditions que la Classification internationale des maladies (CIM) regroupe dans la catégorie Lésions traumatiques et empoisonnement (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1977). La CIM distingue les blessures non intentionnelles (parfois appelées accidentelles) et les blessures dites intentionnelles (homicides, suicides et leurs tentatives). Le présent chapitre vise ces deux types de blessure, et ce, même si les blessures intentionnelles sont moins bien rapportées que les non intentionnelles, ce fait étant principalement dû à la désirabilité sociale associée à la collecte des données par un questionnaire face à face. Pourquoi ne pas se concentrer sur les blessures non intentionnelles? D'abord parce que la distinction n'est pas toujours claire (par exemple pour les blessures qui surviennent lors de querelles dans le cadre d'activités sportives) et que certains modes de prévention agissent sur les deux types de blessures.

Pour des raisons historiques, la CIM classifie les blessures tantôt selon l'activité de la personne blessée au moment de l'accident (ex. : piéton), tantôt selon le mécanisme ayant provoqué la blessure (ex. : chute, brûlure) et tantôt selon l'intention (ex. : suicide). L'activité de la personne et le mécanisme nous renseignent sur ce que nous appellerons les circonstances de la blessure. Les catégories de circonstances utilisées ici se rapprochent de celles de la CIM et de celles d'autres enquêtes.

15.1.1 Indicateurs

Les indicateurs qui mesurent la morbidité à la suite d'un accident varient selon les enquêtes. Dans certaines d'entre elles, l'événement doit avoir entraîné la consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé pour être retenu. Dans d'autres, il doit avoir obligé la victime à réduire ses activités habituelles. Pour être retenu dans la présente enquête, l'accident doit avoir entraîné soit une consultation médicale, soit une limitation d'activités. Des questions différentes permettent d'isoler ces deux conditions, soit les questions QRI49 et QRI50. Les questions utilisées pour documenter ces événements proviennent de la section V - Accidents avec blessure du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI).

Dans la présente enquête, un premier indicateur est celui du nombre de victimes. Les personnes ayant répondu positivement à l'une ou l'autre des conditions sont appelées « victimes d'accident avec blessure ». Elles constituent le numérateur du taux de morbidité par blessure décrit dans le présent chapitre.

Le deuxième indicateur utilisé ici porte sur le nombre d'accidents. En effet, tous les accidents vécus par un même individu au cours de la période de référence de 12 mois pouvaient être enregistrés à condition qu'ils se soient produits à des endroits différents. Huit catégories différentes de lieux étaient à l'étude (QRI51 à QRI58). Le taux d'accidents est donc basé sur le nombre total de lieux différents déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu au cours de la période de 12 mois. La question QRI59 portant sur le nombre total d'accidents encourus sur une période de 12 mois et celle portant sur le moment du dernier accident (QRI61) permettent de valider l'estimation du taux d'accidents calculé à partir des lieux d'accident.

Afin de documenter les disparités territoriales, les zones géographiques homogènes telles qu'elles sont définies à la base du plan de sondage de l'enquête ont été utilisées. Ces zones proviennent d'un découpage du Québec en quatre zones distinctes, soit la métropole (région métropolitaine de recensement de Montréal), les capitales régionales (régions métropolitaines de recensement de Québec, de Chicoutimi-Jonquière, de Hull, de Sherbrooke et de Trois-Rivières), les agglomérations et villes de moindre taille ainsi que le milieu rural.

Les conséquences des blessures sont décrites à partir de deux autres indicateurs tirés de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et portant sur tout accident, peu importe qu'il soit survenu ou non au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le premier porte sur le nombre de personnes qui déclarent des limitations du type et de la quantité d'activités qu'elles peuvent faire par suite d'un accident, et cela à long terme (QRI7, QRI8, QRI13 et QRI13a). Le second précise le nombre de personnes qui ont arrêté ou modéré leurs activités au cours d'une période de deux semaines (QRI5, QRI6 et QRI6a).

Généralement, pour décrire l'événement durant lequel les blessures se sont produites (l'accident), les dimensions suivantes sont explorées : 1) les circonstances (où, quand, comment); 2) la gravité (type de lésion et conséquences des blessures encourues). Les questions QRI51 à QRI58 servent à décrire les lieux de survenue des accidents et les questions QRI63 à QRI70, à préciser les circonstances de ces événements. De plus, une question permet de spécifier l'activité en cause pour les accidents survenus à bicyclette ou lors de la pratique d'une activité récréative ou sportive (QRI71). La question QRI60, qui vise à établir la nature de la principale blessure que le répondant a subie au cours d'une période de 12 mois, a été utilisée pour documenter la gravité. Seule la principale blessure subie par la personne, soit probablement la plus grave, est retenue pour cette analyse.

Finalement, deux autres indicateurs ont été choisis afin d'explorer la relation entre le niveau socioéconomique et le taux de morbidité par blessures, la scolarité relative et le niveau de revenu du ménage. L'analyse présentée ici privilégie les résultats pour lesquels les deux indicateurs vont dans le même sens.

15.1.2 Comparabilité avec *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*

La série de questions portant sur les accidents avec blessures utilisées ici provient presque intégralement de l'enquête de 1992-1993. Les questions qui visent à préciser les circonstances de l'accident ont été ajoutées à la fin de la section afin de conserver intacte la séquence initiale des questions et de favoriser ainsi la comparabilité des résultats de 1998 avec ceux de 1992-1993. Ces questions proviennent de deux enquêtes canadiennes, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête longitudinale nationale auprès des enfants* (ELNE).

Rappelons que l'enquête *Santé Québec 1987* définissait de façon plus restreinte les accidents avec blessures, de sorte que l'analyse de l'évolution de ceux-ci entre 1987 et 1998 n'est pas valide et ne sera pas présentée.

15.1.3 Portées et limites des données

Toutes les questions portant sur les accidents avec blessures proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur, c'est-à-dire qu'un adulte rapporte, pour lui-même et pour tous les membres du ménage, les accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Bien que ce mode d'enquête soit courant pour établir des taux de morbidité par blessures, il entraîne une certaine sous-estimation des accidents à l'étude (Harel et autres, 1994). Le répondant a tendance à oublier les accidents mineurs ayant eu peu de conséquences. Un autre phénomène lié à la mémoire fait que le répondant a tendance à rapporter les événements comme s'ils s'étaient passés plus récemment que dans la réalité. Ce phénomène est connu sous le nom de télescopage.

Dans la présente enquête, deux vérifications ont été faites au sujet du télescopage. Premièrement, on a vérifié la présence de ce phénomène en comparant la répartition dans le temps du dernier accident (QRI61) rapporté par les personnes ayant eu un seul accident avec la répartition attendue, à savoir une répartition uniforme pendant les 12 mois que couvre l'enquête : $1/12^e$ au cours du dernier mois (8 %), $2/12^e$ durant la période de un à trois mois (17 %), et $9/12^e$ durant la période entre trois mois et un an (75 %). La distribution observée - respectivement 13 %, 23 % et 64 % pour les trois périodes de référence mentionnées - traduit l'existence d'un télescopage. Les proportions d'accidents avec blessures ayant eu lieu « il y a moins d'un mois » et « entre 1 et 3 mois » sont toutes deux plus grandes que celles attendues, tandis que la proportion d'accidents ayant eu lieu « de 3 à 12 mois avant l'entrevue » est moindre. Puisque les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 utilisent le même mode de collecte des données, le biais de mémoire devrait les toucher toutes deux avec la même intensité et ne devrait ainsi pas nuire à la comparabilité entre les deux enquêtes. Le mode d'entrevue et la période de rappel devront toutefois être pris en considération lorsque les résultats seront comparés à ceux d'autres enquêtes portant sur des périodes de rappel plus courtes.

La deuxième vérification compare le moment du dernier accident selon le sexe et selon que la réponse aux questions est donnée par un tiers (le répondant clé du ménage) ou par la personne elle-même. L'hypothèse veut que la personne répondant pour elle-même soit moins portée à oublier les événements les plus anciens que lorsqu'elle répond au sujet d'un autre membre du ménage. Globalement, les résultats ne traduisent pas une distribution différente selon le sexe de la victime ni selon l'identité du répondant. Cependant, les résultats d'une analyse plus fine qui combine ces deux facteurs (le sexe de la victime et l'identité du répondant) permettent de noter une tendance, à savoir que les accidents avec blessures sont plus fidèlement rapportés lorsqu'une femme répond pour elle-même que lorsque les accidents des femmes sont rapportés par un autre membre du

ménage; dans ce cas, la tendance est d'oublier les accidents survenus il y a plus de trois mois. Il est donc raisonnable de penser que cela pourrait avoir pour conséquence de sous-estimer légèrement le nombre d'accidents chez les femmes.

Le biais de mémoire inhérent au mode d'enquête et à la période de rappel ne nuit pas à l'examen des lieux ou des circonstances, puisque les accidents les plus graves sont ceux qui nous intéressent le plus. Les taux d'accidents et les taux de morbidité par blessure obtenus par enquête doivent toutefois être considérés comme des taux minimums qui sous-estiment la réalité. Une analyse faite à partir de l'enquête *National Health Interview Survey* aux États-Unis concluait que l'estimation du taux annuel de blessures chez les enfants passait de 24 à 15 blessures pour 100 enfants lorsque la période de rappel passait de 1 mois à 12 mois. L'auteur juge que la période permettant d'obtenir l'estimation la plus juste se situe entre 1 et 3 mois. Par contre, le rappel de 12 mois fournit un plus grand nombre d'événements rapportés, ce qui permet une description plus complète des lieux et circonstances des accidents (Harel et autres, 1994). C'est là l'option retenue par les enquêtes de Santé Québec.

La question portant sur le nombre total d'accidents encourus sur une période de 12 mois (QRI59) a permis d'estimer que le taux global d'accidents calculé à partir des questions sur le lieu est sous-estimé d'environ 10 %.

Les taux de non-réponse aux questions traitant des accidents avec blessures sont très faibles, c'est-à-dire inférieurs à 2 % pour chacune des questions. Par conséquent, les résultats du présent chapitre portent bien sur l'ensemble de la population visée par l'enquête et les biais de non-réponse devraient être négligeables.

15.2 Résultats

15.2.1 Importance du problème et comparaison avec les données de 1992-1993

Taux brut et taux standardisé de morbidité

Environ 65 Québécois sur 1000 ont déclaré avoir subi, à la suite d'un accident, des blessures assez graves soit pour entraîner une limitation d'activités, soit pour consulter un médecin, et ce, au cours d'une période de 12 mois (tableaux 15.1 et C.15.1). Il est intéressant de noter que les deux conditions (limitation d'activités et consultation médicale) se recoupent dans 76 % des cas et que dans les autres cas, il y a plus souvent consultation médicale sans limitation d'activités, (14 %) que le contraire (10 %) (données non présentées). Ce taux brut de morbidité due aux accidents avec blessures est significativement moins élevé que celui observé lors de l'enquête de 1992-1993, qui est de 81 pour 1000 (Robitaille et autres, 1995). Ainsi, la diminution du taux brut de morbidité a été d'environ 20 % au cours de cette période de cinq ans. Il est à noter que même si les changements dans la répartition par âge de la population du Québec entre 1992-1993 et 1998 sont pris en compte à l'aide d'une méthode de standardisation directe, le même résultat est obtenu.

Taux de morbidité selon le sexe et l'âge

Les résultats de la présente enquête confirment que les hommes ont un taux brut de morbidité 52 % plus élevé que celui des femmes. La surmorbidité masculine calculée ici n'est toutefois significative que pour les 15-24 ans (123 %) et pour les 25-44 ans (67 %). Le profil de la morbidité selon l'âge pour chaque sexe est difficile à établir avec les données de l'enquête à cause des petits nombres.

Chez les femmes, seules les 0-4 ans se démarquent avec un taux de morbidité plus faible que la plupart des autres groupes d'âge (figure C.15.1). Chez les hommes, les 15-44 ans se distinguent des autres

Tableau 15.1
Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation des activités et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998	Pe
	Taux pour 1000		'000
Hommes			
0-4 ans	51,1*	40,0*	9
5-14 ans	94,6	69,8	32
15-24 ans	132,4	105,1	52
25-44 ans	122,4	93,6	110
45-64 ans	69,0	67,7	57
65-74 ans	37,1*	50,4*	12
75 ans et plus	35,3**	38,0**	4
Total	**96,1**	**77,9**	**277**
Taux standardisés[1]	**95,9**	**78,5**	...
Femmes			
0-4 ans	41,1*	19,5**	4
5-14 ans	57,7	52,4	24
15-24 ans	89,8	47,1	22
25-44 ans	62,2	56,1	64
45-64 ans	66,6	56,3	49
65-74 ans	72,7	34,1*	10
75 ans et plus	63,3*	69,0*	13
Total	**65,6**	**51,4**	**186**
Taux standardisés[1]	**65,7**	**51,2**	...
Sexes réunis			
0-4 ans	46,2	30,3*	13
5-14 ans	76,7	61,1	56
15-24 ans	111,5	76,8	75
25-44 ans	92,4	75,1	174
45-64 ans	67,8	62,0	106
65-74 ans	57,4	41,7	22
75 ans et plus	52,1*	58,2*	17
Total	**80,7**	**64,5**	**463**
Taux standardisés[1]	**80,5**	**64,7**	...

1. Taux standardisés pour l'âge par la méthode directe, en utilisant la population du Québec au 1er juillet 1992 comme population standard.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

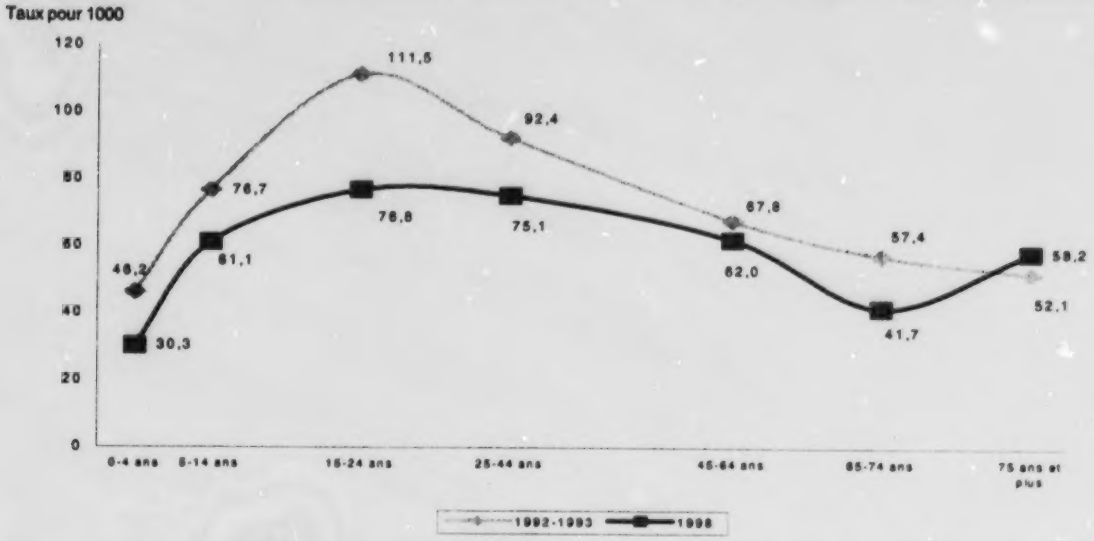
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

groupes d'âge par leur morbidité liée à une limitation d'activités et/ou une consultation médicale plus élevée.

Les taux de morbidité montrent une tendance à la baisse entre les deux enquêtes pour tous les groupes d'âge, sauf chez le groupe des 75 ans et plus (figure 15.1). Cependant, la baisse n'est significative que chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans. Il est intéressant de noter que ce sont les groupes d'âge pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993.

Figure 15.1
Taux de morbidité par blessures selon le groupe d'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, *Enquête sociale 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon les zones géographiques

Selon les données de l'enquête de 1998, les taux de morbidité ne varient pas selon la zone géographique observée; aucune différence significative entre la métropole (60 p. 1000), les capitales (72 p. 1000), les villes (70 p. 1000) et les régions rurales (62 p. 1000) n'a été détectée (données non présentées). L'existence de disparités entre les régions sociosanitaires du Québec quant au taux de morbidité due aux accidents est pourtant bien documentée (Choinière et autres, 1993). Il est possible que des analyses plus fines pour des catégories spécifiques de blessures (ex. : sur la route) révèlent des différences entre ces zones qui reflètent le niveau de densité de la population.

Conséquences des accidents avec blessures selon différentes sources

Le tableau 15.2 rassemble quelques indicateurs issus de diverses sources illustrant les conséquences des accidents avec blessures, pour les années correspondant à celles des enquêtes de Santé Québec. Selon des données de 1998, on peut estimer que pour 100 personnes ayant déclaré un accident avec blessure nécessitant une consultation médicale et/ou une limitation de ses activités, 12 seront hospitalisées et moins d'une personne (0,74) connaîtra une issue fatale (MSSS, 1999a; MSSS, 1999b). Au cours de la période séparant les deux dernières enquêtes de Santé Québec, les accidents avec blessures ont diminué en nombre relatif (ou en incidence) et en conséquences quant à la limitation des activités au cours d'une période de deux semaines. Cependant, l'indicateur portant sur les limitations à long terme a augmenté, pour des raisons difficiles à cerner étant donné qu'il traduit les conséquences chroniques d'un accident qui peut avoir eu lieu plusieurs années auparavant ou plus récemment. Après avoir diminué entre 1987 et 1992-1993, le taux de mortalité est demeuré à peu près au même niveau en 1998. Le nombre relatif d'hospitalisations a poursuivi une légère baisse observée depuis 1987.

Tableau 15.2
Conséquences des accidents avec blessures, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Conséquences[1]	1987	1992-1993	1998
	Taux pour 1000		
Décès par traumatismes (CIM E800-E999)[2]	0,59	0,49	0,48
Hospitalisations pour blessures (CIM E800-E999)[3]	8,60	7,99	7,70
Personnes ayant souffert, au cours d'une période de deux semaines, d'une incapacité due à des blessures	...	12,2	10,4
Personnes avec limitations à long terme	...	13,5	16,8
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné une consultation médicale	..	72,2	57,9
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné une limitation d'activités	...	72,5	55,7
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale	..	80,7	64,5

1. Les décès et les hospitalisations incluent toute la population, alors que les autres indicateurs de conséquences ne concernent que la population non institutionnalisée.
2. Taux bruts de mortalité, 1987, 1992, 1997.
3. Taux bruts d'hospitalisation de courte durée consécutive à un accident (E800-E999) dans des hôpitaux de soins généraux et spécialisés : 1987-1988, 1992-1993, 1997-1998.

Sources : Décès : MSSS (1999a).
Hospitalisations : MSSS (1999b).
Autres conséquences : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lésions résultant des accidents avec blessures

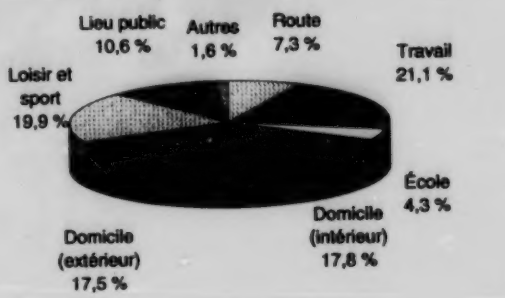
Seule la principale blessure subie par la personne, probablement la plus grave, est retenue pour cette analyse. Près de 75 % des blessures déclarées se retrouvent dans quatre grandes catégories : entorses ou luxations (30 %), fractures (24 %), plaies et contusions superficielles (18 %) et brûlures (2 %), et ce, quel que soit le sexe des victimes (données non présentées).

15.2.2 Taux de morbidité selon le lieu et la circonstance

Lieux où surviennent les accidents avec blessures

En ce qui concerne la répartition des lieux où surviennent les accidents avec blessures, le domicile est le lieu d'accident le plus souvent mentionné puisque 35 % des accidents décrits s'y sont produits, soit à l'intérieur ou dans la zone extérieure immédiate (ex. : balcon, jardin) (figure 15.2). Le lieu de travail ainsi que les lieux de loisir et de sport viennent au second rang et représentent chacun environ 20 % de l'ensemble des accidents avec blessures décrits.

Figure 15.2
Accidents avec blessures selon le lieu, total des accidents avec blessures[1], Québec, 1998



1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).

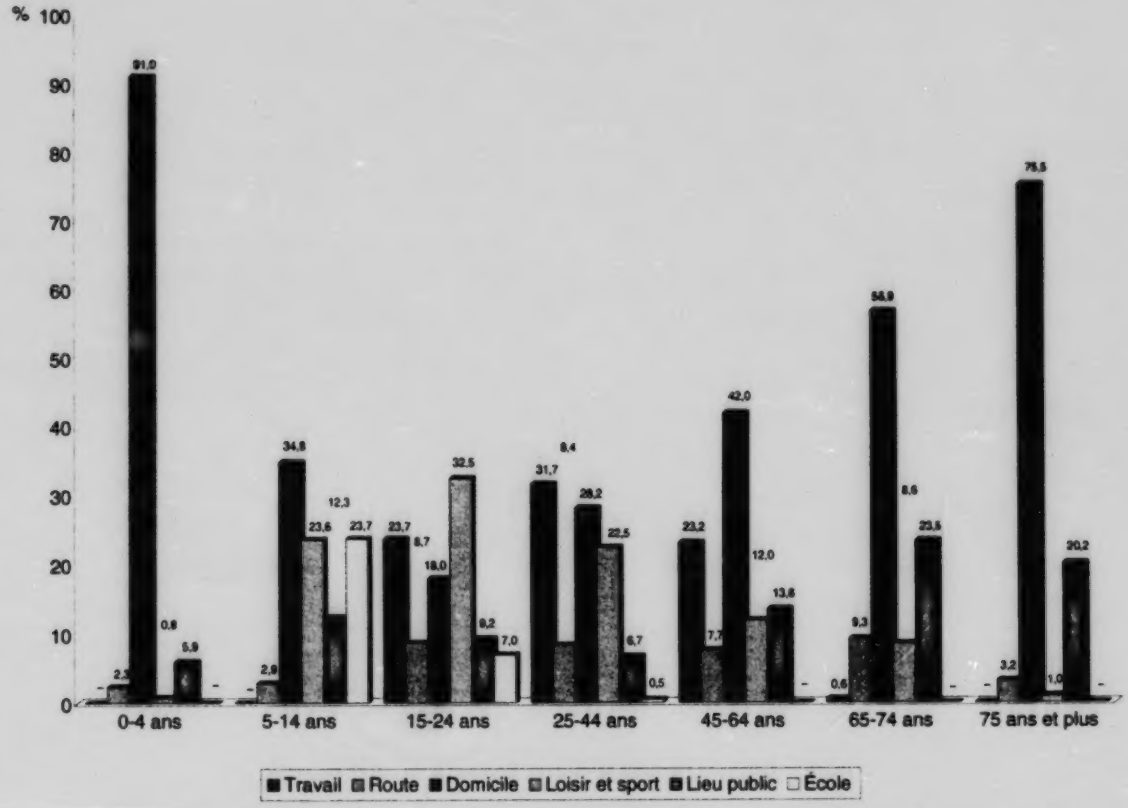
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le domicile (intérieur et extérieur) est le lieu où les accidents avec blessures surviennent le plus fréquemment pour les jeunes de moins de 15 ans et les adultes à partir de 45 ans (figure 15.3). Les personnes de 15 à 24 ans se blessent principalement dans les lieux de loisir et de sport (33 %).

Malgré que la répartition des lieux où surviennent les accidents avec blessures décrits en 1998 soit similaire à celle de 1992-1993, on observe une diminution significative des taux de morbidité due aux accidents survenus au travail (de 21 p. 1000 à 14 p. 1000) et sur la route (de 8 p. 1000 à 5 p. 1000) (tableau 15.3).

Les taux de morbidité au travail et sur la route ont tendance à diminuer pour tous les groupes d'âge, sauf pour les personnes de 45 à 64 ans sur la route (données non présentées). Cependant, cette réduction

Figure 15.3
Répartition des lieux des accidents selon le groupe d'âge de la victime, total des accidents avec blessures[1], Québec, 1998



1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents). La catégorie « Autre lieu » est inférieure à 5 % et ne figure pas au graphique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 15.3
Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
	Taux pour 1000	
Hommes		
Domicile (intérieur)	13,3	10,8
Domicile (extérieur)	12,2	13,5
Travail	31,6	22,1
Sport et loisir	23,3	19,0
Lieu public	7,3	6,7
Route	7,4	5,4
École	4,7	3,8
Femmes		
Domicile (intérieur)	16,8	14,0
Domicile (extérieur)	9,7	10,5
Travail	10,2	7,0
Sport et loisir	9,0	8,4
Lieu public	9,4	8,0
Route	7,7	4,6
École	4,1	2,1
Sexes réunis		
Domicile (intérieur)	15,1	12,4
Domicile (extérieur)	11,0	12,0
Travail	20,8	14,4
Sport et loisir	16,1	13,6
Lieu public	8,4	7,4
Route	7,5	5,0
École	4,4	2,9

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

n'est significative que pour deux groupes d'âge spécifiques : les 25-44 ans, chez lesquels le taux de morbidité au travail passe de 36 à 25 pour 1000 entre 1992-1993 et 1998, et les 15-24 ans, chez lesquels le taux de morbidité liée à la route passe de 17 à 7 pour 1000 durant la même période (données non présentées).

Tel qu'on l'avait observé en 1993, les taux d'accidents avec blessures survenant au travail et dans les lieux de loisir et de sport sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes en 1998 (tableau C.15.2).

Lieux et circonstances

Parmi toutes les circonstances décrites, les chutes sont associées à 34 % de tous les accidents avec blessures, suivies des accidents durant les activités récréatives et sportives (tableau 15.4). Ces derniers totalisent 25 % des cas lorsque la pratique de la bicyclette est considérée parmi les activités récréatives et sportives. La chute est la circonstance la plus souvent décrite au domicile (55 %), sur les lieux de travail (22 %) et dans les lieux publics (61 %) (données non présentées). Les blessures survenues à l'école ont le plus souvent lieu à l'occasion d'activités récréatives ou sportives (61 %). En ce qui a trait aux activités récréatives ou sportives pratiquées au moment de la blessure, quel que soit le lieu de l'accident, la bicyclette vient au premier rang (9 %), suivie du basket-ball (7 %), du hockey sur glace (7 %), du soccer (5 %), des jeux de ballon de type récréatif (5 %) et de la planche à neige (4 %) (données non présentées).

Tableau 15.4
Circonstances déclarées de blessures, total des accidents avec blessures[1], Québec, 1998

		Ae[2]
	%	'000
Chute	33,7	166
Activités récréatives et sportives	21,4	105
Heurt	9,5	47
Objet coupant	7,7	38
Véhicule à moteur	6,9	34
Effort/contorsion	6,0	29
Faux mouvement	4,1	20
Bicyclette	3,1	15
Brûlure	2,2	11
Mouvements répétitifs	1,2	6
Empoisonnement	1,1	5
Agression	1,1	5
Autres	1,1	5
Par un animal	0,5	2
Objet/œil	0,4	2
Total	**100,0**	**491**

1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).
2. Nombre d'accidents estimé.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lieux et circonstances selon l'âge

Le rapprochement entre les circonstances de la blessure et le lieu où est survenu l'accident permet d'esquisser les types d'accidents plus fréquents pour chacun des groupes d'âge (tableau C.15.3). Cette information est rarement disponible à l'échelle d'une population, c'est pourquoi elle est présentée malgré l'imprécision des estimations. La circonstance la plus fréquente entre 5 et 44 ans est la pratique d'activités récréatives dans un lieu de loisir et de sport. Par ailleurs, les chutes à l'intérieur du domicile dominent chez les jeunes enfants de même que chez les personnes de 75 ans et plus, et les chutes à l'extérieur du domicile dominent chez les personnes de 45 à 74 ans.

15.2.3 Taux de morbidité selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Lorsque la morbidité par blessure est prise globalement, tous âges et tous lieux confondus, l'enquête ne démontre pas d'association avec les indicateurs du niveau socioéconomique que sont la suffisance de revenu du ménage et la scolarité relative. Par contre, les accidents avec blessures survenus dans un lieu de loisir et de sport augmentent avec le niveau de scolarité et avec le revenu (figure C.15.2). Pour les deux indicateurs, l'association est particulièrement marquée chez les hommes et dans le groupe d'âge des 25-44 ans (données non présentées). Dans la direction opposée, les taux de morbidité liée aux accidents avec blessures qui surviennent au travail sont moindres chez les personnes de scolarité supérieure (figure C.15.2). L'association est significative chez les hommes et dans le groupe d'âge des 25-44 ans (données non présentées). L'association n'est pas véritablement linéaire car seules les personnes de scolarité supérieure se démarquent par un taux de morbidité plus faible; les personnes de scolarité relative moyenne et élevée ont des taux de morbidité au travail qui s'apparentent à ceux des personnes de scolarité relative plus faible et faible.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Évolution

La morbidité analysée dans le présent chapitre porte sur l'ensemble de la population. La perspective est générale; elle ne cherche donc pas à établir un risque en fonction de l'exposition. On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette réduction, qui est de l'ordre de 20 %, va dans le sens des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. L'amélioration touche principalement les groupes d'âge de 15 à 44 ans, groupes pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail. Les enquêtes de Santé Québec confirment donc, au niveau de la morbidité ressentie, la tendance déjà observée dans les statistiques de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) (1997 et 1998) et de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) (1994 et 1998). Il est intéressant de noter qu'il s'agit de deux secteurs d'activités considérés à haut risque de blessures ayant fait l'objet d'interventions intensives et multisectorielles de promotion de la sécurité et de prévention des blessures. Les efforts concertés de prévention qui ont eu lieu au cours des dernières années ont vraisemblablement contribué à ce succès.

Le taux de morbidité liée aux blessures à domicile a légèrement diminué entre 1992-1993 et 1998, mais son importance relative a augmenté, à cause des baisses plus substantielles de la morbidité dans les autres lieux. Il est peu probable que le verglas de janvier 1998, qui a confiné des personnes à domicile dans des conditions inhabituelles, soit responsable de ce phénomène, mais l'hypothèse vaut la peine d'être examinée dans les régions concernées. La comparaison avec d'autres enquêtes canadiennes permettrait de confirmer l'augmentation relative des accidents avec blessures à domicile, si tel est le cas.

Variations régionales

Il est bien connu que la mortalité et la morbidité par blessures varient selon les régions sociosanitaires du Québec (Masson et Dorval, 1998). D'une façon générale, les régions les plus éloignées de Montréal et de Québec ont les taux les plus élevés. Ce sont également des régions étendues sur de grands territoires. L'exposition au transport routier sur de longues distances est le facteur explicatif généralement relevé dans les recherches. Les regroupements suggérés par Santé Québec dans la présente enquête (métropole, capitales régionales, villes et régions rurales) n'ont pas permis de faire ressortir les mêmes tendances. L'analyse par région administrative permettra de suivre l'évolution de la morbidité à petite échelle et d'ajuster les programmes régionaux en conséquence.

Sévérité et conséquences

L'enquête permet d'évaluer la morbidité ressentie. Il s'agit des accidents avec blessures suffisamment sévères pour qu'il y ait eu limitation des activités ou consultation médicale; cette dernière condition est présente dans 90 % des cas déclarés. Le type de lésions nous laisse croire que leur niveau de sévérité n'est pas négligeable puisque les fractures, entorses et luxations comptent pour plus de la moitié des cas. De plus, les accidents avec blessures donnent aussi lieu à des limitations à long terme.

Étant donné que la mortalité et la morbidité liées aux blessures ont globalement diminué au Québec au cours des dix dernières années, l'on s'attend à ce que les blessures occasionnent une utilisation du système de soins qui soit proportionnellement moins importante qu'il y a cinq ou dix ans. Cette hypothèse pourrait être examinée à la lumière des données de la présente enquête. Plusieurs types de blessures - telles les fractures, les entorses et les luxations - atteignent le système ostéo-articulaire et requièrent des services qui ne sont pas tous couverts par le système public de soins (ex. : physiothérapie). Il convient de se demander quelle est l'importance des coûts relatifs aux soins qui sont déboursés par la victime à la suite d'une blessure. Comment ces coûts ont-ils évolué à la suite du virage ambulatoire? Les accidentés de la route et les travailleurs couverts par la CSST voient une partie de leurs dépenses de soins remboursée par le système public, ce qui n'est pas le cas des personnes blessées à domicile ou durant la pratique d'une activité de loisir. Pour une même lésion, comment les coûts payés personnellement par un accidenté de la route se comparent-ils à ceux payés par un accidenté à domicile, par exemple?

Lieux

Le domicile, le travail et les lieux de loisir et de sport sont les endroits où surviennent le plus grand nombre des accidents avec blessures rapportés. Au travail et dans les lieux de sport, les taux de morbidité des hommes sont supérieurs à ceux des femmes. Le degré d'exposition distinct entre les hommes et les femmes explique probablement une grande partie des différences entre les sexes dans ces deux milieux. Puisque l'importance relative des accidents avec blessures au travail et sur la route a diminué par rapport à l'enquête de 1992-1993, celle des accidents avec blessures à domicile, dans les lieux de sport et dans les lieux publics occupe progressivement une plus grande place. Plus du tiers des cas de blessures surviennent désormais à domicile. Ces données confirment le bien-fondé de l'orientation stipulée dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, qui appellent une concentration des efforts vers la prévention des blessures dans ce lieu.

Niveau socioéconomique

La relation entre la morbidité par blessure et le niveau socioéconomique change de sens selon les circonstances de l'accident, ce qui suggère que l'analyse de cette relation doit être effectuée spécifiquement par circonstances ou par lieux. Prise globalement, c'est la morbidité par blessure dans un lieu de loisir et de sport qui démontre la relation la plus étroite avec le niveau socioéconomique; elle croît directement avec le niveau de scolarité et de revenu,

probablement à cause de la plus grande pratique d'activités physiques de loisir dans les groupes appartenant aux tranches supérieures. Les donnée tirées de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* rapportées par Nolin et ses collaborateurs en 1996 révélaient, en effet, une proportion plus grande de personnes physiquement actives dans les ménages à revenus supérieurs (45 %) comparativement aux ménages pauvres (29 %), de même que chez les individus qui présentent un indice de scolarité élevé (44 %) comparativement à ceux qui ont un indice plus bas (29 %) (Nolin et autres, 1996). Les résultats de la présente enquête confirment donc, pour l'ensemble du Québec, des faits déjà observés dans des études plus restreintes (Williams et autres, 1997). La relation entre la morbidité par blessure au travail et le niveau de scolarité irait dans la direction opposée, mais elle n'est pas aussi claire. Il serait nécessaire de tenir compte du taux de chômage, du type d'emploi et du nombre d'heures travaillées par quintile de scolarité relative afin d'approfondir la relation entre scolarité et blessure au travail.

L'observation des relations entre le niveau socioéconomique et la morbidité à la suite d'un accident fournit une image macroscopique de cette relation. Pour une approche explicative de la variation des taux, l'analyse devrait porter sur des sous-populations à risque, par exemple les travailleurs ayant un emploi ou les personnes pratiquant des activités récréatives et sportives. De plus, la nécessité de contrôler simultanément plusieurs variables démographiques milite en faveur d'analyses multivariées.

Éléments de réflexion pour la planification

Prenons maintenant une perspective qui dépasse les résultats de la présente étude. Pour les accidents de la route, nous croyons que les effets conjugués des mesures prises pour contrer la conduite avec facultés affaiblies, réduire la vitesse, améliorer les véhicules et favoriser l'adoption de comportements de sécurité auront contribué à la réduction de la morbidité rapportée. Parmi les ingrédients du succès qui peuvent servir d'exemple à d'autres secteurs, mentionnons : une action soutenue année après année, une combinaison de stratégies législatives et promotionnelles ainsi que la disponibilité de ressources adéquates. Face aux nouveaux défis en émergence (diversification des moyens de transport, vieillissement des utilisateurs du réseau routier), les efforts doivent se poursuivre.

Afin de maintenir les acquis en matière de réduction des traumatismes d'origine récréative et sportive, il sera essentiel de poursuivre l'application de la *Loi sur la sécurité dans les sports* et de ses règlements (sous la responsabilité du ministre responsable du loisir, du sport et du plein air). De plus, tous les intervenants des milieux sportifs (participants, propriétaires et gestionnaires d'installations, entraîneurs) devront travailler de concert pour offrir à tous les niveaux de pratique (libre, organisée, élite, récréative) des environnements sécuritaires. Enfin, il sera important de promouvoir le port d'équipements de protection (normalisés et reconnus comme étant efficaces) pour la pratique libre et organisée d'activités sportives et récréatives.

À domicile, les occasions de blessures sont multiples et variées en fonction de l'âge et des activités des personnes. La prévention y est difficile car le domicile est du domaine du privé. L'approche de la prévention par problème a montré son efficacité, mais nécessite une action répétée pour chaque situation spécifique. Par exemple : réduction des intoxications chez les enfants par l'avènement d'emballages protège-enfants; réduction des brûlures à l'eau chaude par la diminution de la température du chauffe-eau. Jusqu'à maintenant, les ressources consacrées à la promotion et à la recherche concernant les blessures à domicile n'ont pas eu la même ampleur que celles visant à prévenir les blessures au travail et sur la route. Un ajout de ressources constitue une condition nécessaire au développement et à la mise sur pied de moyens de réduire ces blessures, dont l'importance relative augmente parmi les causes dites « accidentelles ».

En vue d'une action à long terme, l'approche de la promotion de la sécurité (Maurice et autres, 1997), qui se veut plus globale que l'approche de la prévention des blessures, pourrait agir comme catalyseur,

rendant les familles et les communautés plus réceptives aux moyens de prévention disponibles. Par la concertation et l'évaluation, l'approche de la promotion de la sécurité pourra se développer et venir enrichir l'arsenal des stratégies disponibles en santé publique.

Bibliographie

BOURBEAU, R., et V. COURVILLE (1997). « La mortalité violente selon l'âge, le sexe et la cause : un essai de classification des pays industrialisés, 1985-1989 », *Revue européenne de démographie/ European Journal of Population*, vol. 13, n° 1, p. 71-94.

CHOINIÈRE, R., et autres (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, publié par la Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 493 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (1994). *Rapport annuel d'activité 1993*, Québec, 98 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (1998). *Rapport annuel d'activité 1997*, Québec, 88 p.

FOURNIER, M.-A., et L. COTÉ (1995). « Recours aux services sociaux et de santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 315-339.

HAREL, Y., et autres (1994). « The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4, p. 599-605.

LIBERATOS, P., B. G. LINK et J. L. KELSEY (1988). « The Measurement of social class in epidemiology », *Epidemiologic Reviews*, vol. 10, p. 87-121.

MASSON, I., et D. DORVAL (1998). « Profil des traumatismes au Québec : de 1991 à 1995 », *Collection analyse et surveillance*, Gouvernement du Québec, Québec, 327 p.

MAURICE, P., et autres (1997). « Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 18, n° 4, p. 199-206.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). « Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997 », *Collection Analyses et surveillance*, Gouvernement du Québec, Québec, 252 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999b). *Info-med-écho : bulletin d'information sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec*, bulletin n° 1, Service du développement de l'information, Gouvernement du Québec, Québec, 54 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, Monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). « Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès », *Conférence pour la neuvième révision*, 1975, vol. 1, Genève, 781 p.

OVERPECK, M. D., D. H. JONES, A. C. TRUMBLE, P. C. SCHEIDT et P. E. BIJUR (1997). « Socio-economic and racial/ethnic factors affecting non-fatal medically attended injury rates in U.S. children », *Injury Prevention*, vol. 3, p. 272-276.

ROBITAILLE, Y., G. RÉGNIER et I. B. PLESS (1995). « Accidents avec blessures » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 257-277.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1997). *Dossier statistique : bilan 1996*, Gouvernement du Québec, Québec, 205 p.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1998). *Dossier statistique : bilan 1997*, Gouvernement du Québec, Québec, 207 p.

WILKINS, R. (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 279–311.

WILLIAMS, J. M., et autres (1997). « Socioeconomic status and adolescent injuries », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 12, p. 1881-1891.

Tableau C.15.1

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe, le groupe d'âge et la nature des conséquences, population totale, Québec, 1998

	Limitation et/ou consultation médicale	Consultation médicale	Limitation d'activités	Limitation et consultation médicale
	Taux pour 1000			
Hommes				
0-4 ans	40,0*	36,3*	22,1**	18,4**
5-14 ans	69,8	65,3	57,6	53,1
15-24 ans	105,1	98,2	88,3	81,5
25-44 ans	93,6	84,1	81,7	72,2
45-64 ans	67,7	59,4	62,6	54,2
65-74 ans	50,4*	45,1*	46,1*	40,8*
75 ans et plus	38,0**	31,6**	36,9**	30,4**
Total	**77,9**	**70,5**	**67,3**	**59,9**
Femmes				
0-4 ans	19,5**	16,7**	14,3**	11,6**
5-14 ans	52,4	49,4	40,3*	37,4*
15-24 ans	47,1	37,3*	42,0*	32,1*
25-44 ans	56,1	49,3	49,2	42,4
45-64 ans	56,3	52,0	49,0	44,7
65-74 ans	34,1*	32,8*	28,4*	27,2**
75 ans et plus	69,0*	54,8*	65,8*	51,6*
Total	**51,4**	**45,6**	**44,4**	**38,5**
Sexes réunis				
0-4 ans	30,3*	27,1*	18,4*	15,2**
5-14 ans	61,1	57,4	49,0	45,3
15-24 ans	76,8	68,4	65,7	57,3
25-44 ans	75,1	66,9	65,6	57,5
45-64 ans	62,0	55,6	55,7	49,4
65-74 ans	41,7	38,6*	36,7*	33,6*
75 ans et plus	58,2*	46,7*	55,7*	44,2*
Total	**64,5**	**57,9**	**55,7**	**49,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.15.2
Victimes d'accidents avec blessures, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de l'accident, population totale, Québec, 1998

	Domicile intérieur ou extérieur	Travail	Route	École	Loisir et sport	Lieu public	Autre Lieu
	Taux pour 1000						
Hommes	24,0	22,1	5,4*	3,8*	19,0	6,7	1,5**
Femmes	24,3	7,0	4,6*	2,1**	8,4	8,0	0,8**
Sexes réunis							
0–4 ans	29,0*	–	0,7**	–	0,2**	1,9**	–
5–14 ans	22,9*	–	1,9**	16,0*	15,9*	8,3**	1,8**
15–24 ans	14,8*	19,6*	7,2**	5,8**	26,8	7,6**	0,8**
25–44 ans	22,4	25,0	6,6*	0,4**	17,7	5,3*	1,6**
45–64 ans	28,0	15,5	5,1*	–	8,0*	9,4*	1,0**
65–74 ans	23,5*	0,2**	3,8**	–	3,5**	9,7**	0,5**
75 ans et plus	44,3*	–	2,0**	–	0,6**	12,3**	–
Total	**24,1**	**14,4**	**5,0**	**2,9***	**13,6**	**7,4**	**1,1***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

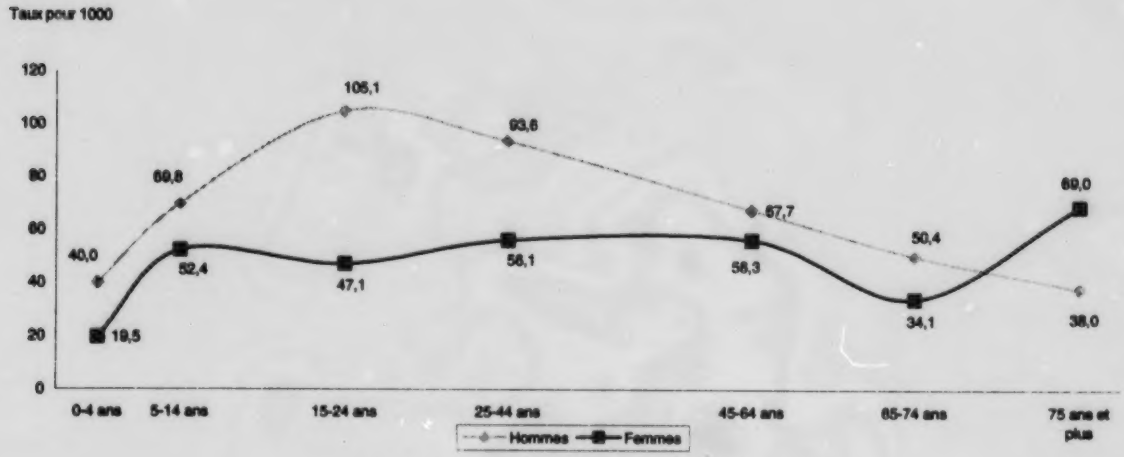
Tableau C.15.3
Accidents avec blessures selon les circonstances et l'âge, total des accidents avec blessures[1], Québec, 1998

	Circonstances les plus fréquentes	Circonstances au 2e rang	Circonstances au 3e rang
0-4 ans	Chute, intérieur du domicile	Heurt, intérieur du domicile	Chute, extérieur du domicile
5-14 ans	Activité récréative, sport/loisir	Activité récréative, école	Chute, intérieur du domicile
15-24 ans	Activité récréative, sport/loisir	Objet coupant, travail	Acc. véhicule moteur, route
25-44 ans	Activité récréative, sport/loisir	Chute, extérieur du domicile	Acc. véhicule moteur, route
45-64 ans	Chute, extérieur du domicile	Chute, intérieur du domicile	Chute, lieu public
65-74 ans	Chute, extérieur du domicile	Chute, lieu public	Chute, intérieur du domicile
75 ans et plus	Chute, intérieur du domicile	Chute, extérieur du domicile	Chute, lieu public

1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).

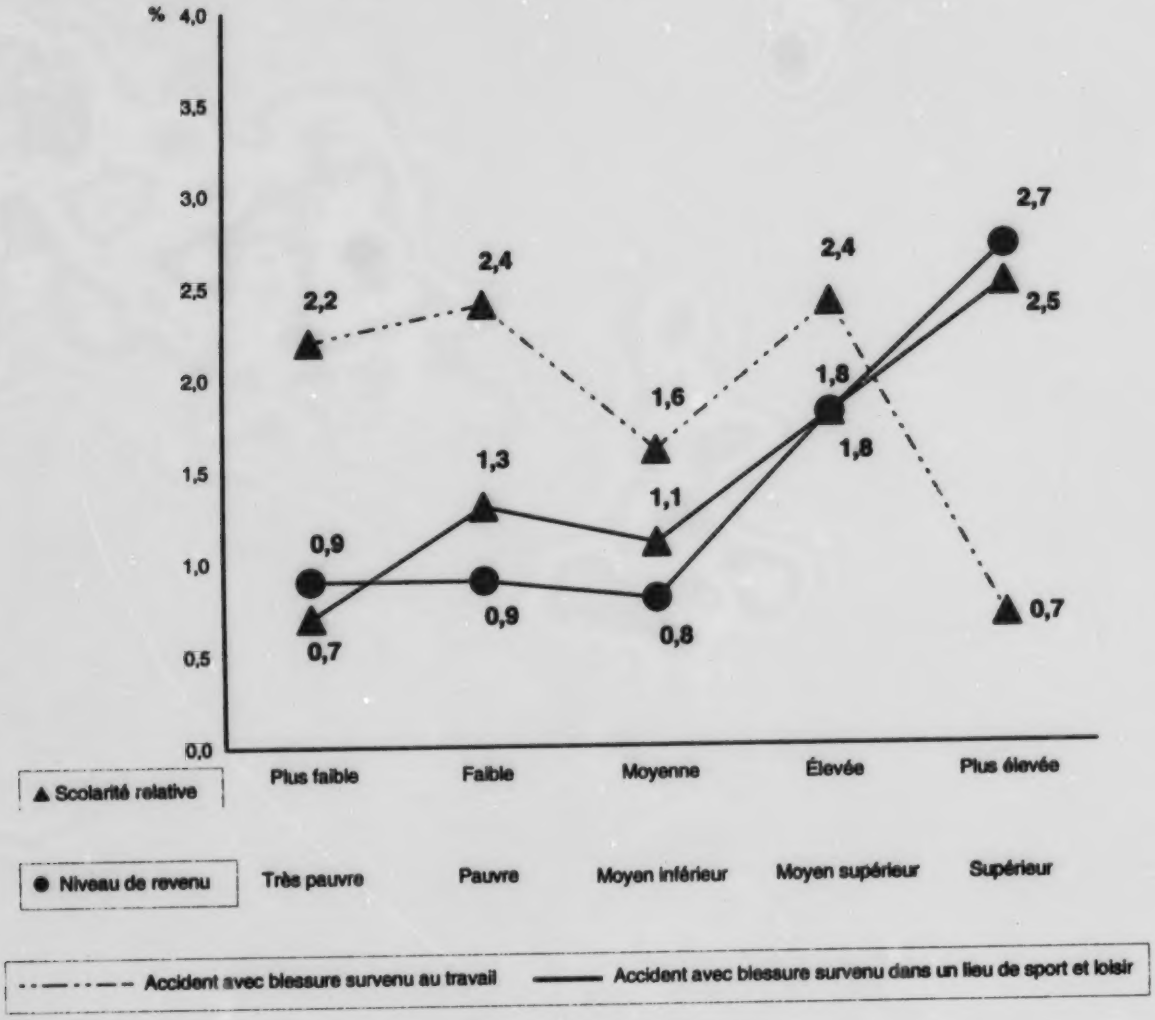
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure C.15.1
Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure C.15.2
Taux de morbidité par accidents avec blessures selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le lieu de survenue de l'accident (travail, sport et loisir), population totale, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 16
Santé mentale

Gilles Légaré
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent

Michel Préville
Centre de recherche en gérontologie
Université de Sherbrooke

Raymond Massé
Département d'anthropologie
Université Laval

Carole Poulin
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Danielle St-Laurent
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Richard Boyer
Centre de recherche psychiatrique Fernand-Seguin

Introduction

Le Québec dispose de peu de données permettant d'estimer la santé mentale de l'ensemble de la population. Les enquêtes de Santé Québec permettent de dépasser les données d'utilisation des services et d'apprécier la santé mentale des Québécois. Lors de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, une estimation indirecte de la santé mentale des Québécois était effectuée, principalement à l'aide de l'indice de détresse psychologique. Pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le même indicateur a été retenu permettant ainsi de suivre l'évolution d'une dimension importante de l'état de santé mentale de la population québécoise au cours des dix dernières années. De plus, une question globale sur la perception de la santé mentale et un second indice de mesure de la détresse, l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23), ont été ajoutés afin d'affiner l'appréciation de la santé mentale des Québécois.

La *Politique de la santé et du bien-être du Québec*, adoptée par le gouvernement du Québec en 1992 (MSSS, 1992), comprenait un objectif touchant l'amélioration de la santé mentale des Québécois. Les indicateurs retenus dans l'*Enquête sociale et de santé* permettent de documenter cette dimension et d'en suivre l'évolution, mais ne donnent pas la possibilité de déterminer le nombre de Québécois atteints par un trouble mental défini selon les classifications usuelles.

Le présent chapitre permet d'évaluer la perception qu'ont les Québécois de leur santé mentale et de mesurer le niveau de détresse psychologique de la population à partir de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14).

Par la suite, l'analyse permet de caractériser les personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique ainsi que de mesurer certaines conséquences de cet état. Ainsi, la population québécoise qui se classe à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique définie par l'IDPESQ14 est analysée en fonction de certaines caractéristiques démographiques (âge, sexe et état matrimonial de fait) et socioéconomiques (statut d'activité, scolarité relative et niveau de revenu) ainsi

qu'en fonction de certains indicateurs de santé (problèmes de santé de longue durée, limitations d'activité à long terme et perception de la santé mentale) et de l'environnement social (événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, satisfaction quant à la vie sociale et indice de soutien social). Sont aussi décrites les conséquences de la détresse psychologique, soit la durée de certaines manifestations en lien avec la détresse psychologique, les secteurs de la vie affectés (vie familiale ou sentimentale, travail ou études, activités sociales) et le recours à une aide extérieure.

Finalement, est présentée une comparaison des mesures de détresse psychologique obtenues par le biais des indices IDPESQ14 et l'ÉMMDP23.

16.1 Aspects méthodologiques

16.1.1 Indicateurs

Perception de la santé mentale

La perception que les individus ont de leur santé est un indicateur précieux de l'état de santé d'une population. Levasseur (1995) rapporte que l'autoévaluation de l'état de santé est associée à la morbidité déclarée, à la morbidité diagnostiquée, à l'utilisation des services de santé, à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités. Les enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 avaient démontré une association entre l'autoévaluation de l'état de santé et un indice de santé global ainsi que le soutien social.

Une mesure semblable permettant d'évaluer la perception de la santé mentale a été développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* menée aux États-Unis et de l'enquête de santé mentale ontarienne menée au début des années 90 (Kessler et autres, 1997; Offord et autres, 1996). Au Québec, ce même indicateur a été utilisé sur l'île de Montréal en 1992 lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale dans la population générale (Lesage et autres, 1994). C'est la première fois que cet indicateur est employé dans le cadre d'une enquête de Santé Québec.

La question portant sur la perception de la santé mentale se retrouve à la section IX - Divers problèmes personnels du questionnaire autoadministré (QAA140). Il s'agit d'une question unique où les sujets de 15 ans et plus autoévaluent leur santé mentale comparativement à celle des personnes de leur âge. La question se libelle ainsi « Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général ... » avec un choix de cinq réponses variant d'excellente à mauvaise. Les catégories de réponse « moyenne » et « mauvaise » sont regroupées au moment de l'analyse.

Détresse psychologique

Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ14)

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec, utilisé lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, a été repris lors de l'enquête de 1998 pour mesurer l'état de santé mentale de la population québécoise. Cet indice est une adaptation du *Psychiatric Symptom Index*, développé et validé par Ilfeld (1976 et 1978). L'IDPESQ14 appartient à une famille d'échelles qui postulent l'existence d'un continuum de santé/maladie mentale, avec à une extrémité la réaction de tristesse normale et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman, 1989, 1990; Gold, 1990). Cet indice n'a pas été conçu pour distinguer l'ensemble des psychopathologies. Il s'agit plutôt d'une mesure non spécifique qui recouvre deux des plus importants syndromes observés en santé mentale : la dépression et l'anxiété. Dans la population générale, ces émotions apparaissent fréquemment, mais elles sont généralement éphémères et fluctuent à l'intérieur de ce que l'on peut appeler des limites normales. Il y a un seuil cependant au-delà duquel les personnes présentant des symptômes intenses et persistants fonctionnent avec difficulté. À ce stade, ces phénomènes sont définis comme un trouble clinique. Les cliniciens et les chercheurs ne s'entendent

cependant pas complètement sur les critères qui définissent la frontière entre la réaction de détresse normale et anormale. Un des facteurs explicatifs de cette situation est qu'il n'existe pas de réelle mesure étalon permettant d'établir objectivement la morbidité psychiatrique. Par conséquent, dans la zone de transition, il n'existe pas un moyen réel pour distinguer la réaction de détresse normale du trouble clinique (Kendell, 1988; Vaillant et Schnurr, 1988). Cette distinction apparaît ainsi essentiellement normative. L'évolution même de la classification des troubles mentaux au cours des 50 dernières années témoigne de cette difficulté.

Les études épidémiologiques menées à l'aide de mesures de détresse psychologique fournissent des résultats relativement invariants. Approximativement de 15 % à 20 % de la population générale présente un problème de détresse psychologique sévère (Tousignant, 1992; Robins et Regier, 1991; Link et Dohrenwend, 1980; Kaplan et autres, 1987; Ilfeld, 1978; Préville, 1995). C'est donc en référence à ces résultats que le seuil de sévérité de l'IDPESQ (version à 29 questions) a été fixé au 80e percentile de la distribution des valeurs obtenues à cet indice lors de l'enquête *Santé Québec 1987* (Boyer et autres, 1993). La présence de valeurs normatives établies pour la population générale en 1987 permet ainsi de suivre l'évolution de la proportion de personnes touchées par ce problème de santé dans la population québécoise et de comparer des groupes d'individus particuliers à la population générale (Boyer et autres, 1993; Massé et autres, 1991).

Une première version de cette échelle a été traduite et validée lors de l'enquête pilote de Santé Québec (Kovess, 1985) puis utilisée à nouveau lors de l'enquête de 1987. Une seconde validation effectuée en 1992 a permis de réduire cette échelle à 14 questions (Préville et autres, 1992, 1995). Cette mesure a montré une validité de construit appréciable dans différents groupes d'âge, chez les hommes et les femmes et dans des groupes ayant différentes langues d'usage. La stabilité de la structure factorielle postulée a aussi été vérifiée chez les Inuits et les Cris. Finalement, les résultats des analyses touchant la fiabilité de l'IDPESQ14 suggèrent une consistance interne appréciable de l'échelle (alpha de Cronbach de 0,92). Les analyses portant sur la validité de critère de l'IDPESQ14 ont, par ailleurs, montré que cet indice de la détresse psychologique était associé à l'état de santé des individus, à la consommation de psychotropes et à la présence d'idées et de tentatives suicidaires (Préville et autres, 1992, 1995).
Les questions utilisées pour décrire cet indice proviennent aussi de la section IX du questionnaire autoadministré - Divers problèmes personnels (questions QAA98 à QAA111) qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus. Ces questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23)

Les enquêtes antérieures de Santé Québec ont montré que l'indice de détresse psychologique était clairement associé à divers dysfonctionnements telle une augmentation de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes, à un recours accru aux services de santé ou encore à une autoévaluation négative de l'état de santé. Il s'agit toutefois d'un concept aux frontières floues, susceptible de couvrir une pluralité de dimensions difficilement saisissables par des outils de mesure succincts. Il a donc été jugé pertinent d'intégrer à la présente enquête un second outil de mesure, soit l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique qui présente des points de convergence, mais aussi de divergence avec l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14). En effet, tout en reposant sur des facteurs communs telles la dépression et l'anxiété, l'ÉMMDP23 est basée sur les signes de détresse auxquels une population non clinique a recours pour exprimer et communiquer ses malaises dans le cadre d'épisodes vécus (Massé et autres, 1998a).

L'ÉMMDP23 est un outil de mesure élaboré à partir d'une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotives qui furent rapportées à travers des récits d'épisodes de détresse vécus. L'outil répond à deux critères majeurs : a) il est fondé sur des « manifestations » d'un mal-être ou d'une détresse globale ressentie par une population non clinique; b) il se veut sensible au contexte socioculturel du Québec contemporain puisque les manifestations rapportées sont tirées d'entrevues en profondeur effectuées auprès de la population québécoise.

L'ÉMMDP23 repose sur 23 items mesurant les dimensions d'autodévalorisation (7 items), d'irritabilité-anxiété (5 items), d'anxiété-dépression (5 items) et de désengagement social (6 items). Des analyses factorielles confirmatives (Massé et autres, 1998b) montrent la structuration du construit de détresse autour de ces quatre facteurs. La validité concomitante de l'échelle et sa capacité à identifier des cas relativement lourds de détresse psychologique furent confirmées par le constat d'une association significative des scores élevés de détresse (quintile supérieur) avec les variables suivantes : augmentation de la consommation d'alcool et augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, recours aux services d'un professionnel de la santé, insatisfaction face à la vie en général, autodiagnostic de dépression ou « burn-out », autoévaluation négative de l'état de santé psychologique et autoévaluation négative de l'état de santé général (Massé et autres, 1998b). Des analyses factorielles confirmatives ont permis de confirmer que ces quatre dimensions traduisent bien un concept latent de détresse (Massé et autres, 1998c). Tant l'échelle totale (alpha de Cronbach de 0,93) que les sous-échelles présentent une forte cohérence interne (alpha variant de 0,81 à 0,89). Le pourcentage de variance expliquée pour l'analyse en composantes principales est de 60 %. Soulignons que l'ÉMMDP23 est actuellement utilisée dans une dizaine de recherches épidémiologiques et/ou évaluatives au Québec.

L'ÉMMDP23 a été intégrée à l'*Enquête sociale et de santé 1998* à l'aide des questions QAA117 à QAA139 de la section IX - Divers problèmes personnels du questionnaire autoadministré qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus. Ces questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à un mal-être ou à une détresse globale au cours du dernier mois précédant l'enquête. Le score total de l'ÉMMDP23 est construit par la sommation des scores bruts à l'échelle de fréquence de ces manifestations (de 1 « jamais » à 5 « presque toujours ») ramenés sur une échelle de 0 à 100. Comme pour l'IDPESQ14, le point de césure utilisé correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle.

Conséquences de la détresse psychologique

À la suite des questions portant sur les manifestations liées à l'état dépressif telles qu'elles sont définies dans l'IDPESQ14, une nouvelle question a été introduite dans la présente enquête afin de déterminer la durée des manifestations identifiées, soit depuis deux semaines, un mois, six mois, un an ou plus d'un an (QAA112). Cette question s'adresse uniquement aux personnes ayant rapporté au moins une des manifestations (QAA98 à QAA111) au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. On estime ainsi que la population étudiée ici correspond à environ 82 % des Québécois âgés de 15 ans et plus, soit quelque 3 579 000 personnes de ce groupe d'âge (76 %) se classant dans le niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique et 1 159 000 personnes se retrouvant dans la catégorie élevée de cet indice. Les réponses à cette question ont été regroupées en trois catégories soit moins d'un mois, de six mois à un an et plus d'un an.

Comme en 1992-1993, l'intensité de la détresse psychologique est mesurée ici à l'aide d'une série de questions cherchant à déterminer si les manifestations liées à l'état dépressif ont nui à la vie familiale ou sentimentale ou à la capacité de travailler ou de poursuivre des études ou encore, ont restreint les activités sociales (loisirs, rencontres, autres) au cours des six mois ayant précédé l'enquête (QAA113 à QAA115). Ces questions s'adressent aux personnes qui rapportent, à la question QAA112, avoir ressenti ces manifestations depuis au moins six mois. Une

dernière question permet de savoir si la personne a consulté quelqu'un à ce sujet (QAA116). La population de référence pour ces quatre questions couvre environ 65 % de celle des personnes de 15 ans et plus ayant eu au moins une manifestation liée à l'état dépressif sur une période d'une semaine, c'est-à-dire, près de 53 % de la population totale des personnes de 15 ans et plus correspondant à 3 094 000 Québécois. Toutefois, la couverture de la population étudiée n'est pas uniforme en fonction de l'indice de détresse psychologique. Ainsi, pour celles qui se classent dans le niveau bas à moyen de l'IDPESQ14, c'est environ 65 % des personnes de 15 ans et plus ayant eu au moins une manifestation liée à l'état dépressif qui déclarent une durée de ces manifestations d'au moins six mois, soit quelque 47 % de toutes les personnes de 15 ans et plus se classant au niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique (2 222 000 personnes). Toutefois, l'étude de ces conséquences de la détresse concerne près de 75 % des personnes de 15 ans et plus appartenant à la catégorie élevée de l'IDPESQ14 (872 000 personnes).

16.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions de l'indice de détresse psychologique (version IDPESQ14; QAA98 à QAA111) sont les mêmes dans les trois enquêtes générales de Santé Québec. Les questions sur les conséquences des manifestations (QAA113 à QAA116) proviennent de l'enquête de 1992-1993 mais s'adressent cette fois-ci uniquement aux personnes qui déclarent des manifestations ayant duré six mois ou plus. De ce fait, elles ne sont pas comparables avec les résultats de l'enquête précédente. Les questions qui portent sur la perception de la santé mentale (QAA140), sur l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23; QAA117 à QAA139) et sur la durée des manifestations en lien avec l'IDPESQ14 (QAA112) sont présentées pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec.

16.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle de la question sur la perception de la santé mentale s'élève à 2,7 %, ce qui devrait avoir très peu d'impact sur les estimations. En ce qui a trait à la détresse psychologique telle qu'elle est mesurée par l'IDPESQ14, le taux de non-réponse s'élève à 4,6 %. Cette non-réponse ne se répartit pas uniformément entre les divers groupes d'âge avec une proportion inférieure à 4 % chez les personnes de moins de 64 ans et une proportion de 17 % chez les 65 ans et plus. La non-réponse est également associée à un faible niveau de scolarité et de revenu. Ainsi, ce sont surtout les personnes de 65 ans et plus, et particulièrement les femmes âgées, qui ont le moins répondu à l'indice. Une étude menée sur les non-répondants à l'indice de détresse psychologique lors de l'enquête de 1987 montrait que ceux-ci étaient plus souvent des personnes âgées, ayant un faible revenu et qui déclaraient plus fréquemment un problème de santé mentale (Légaré et autres, 1992). L'effet de cette non-réponse sur la mesure du niveau de détresse psychologique est difficile à évaluer car les caractéristiques des non-répondants pourraient faire varier à la baisse ou à la hausse la proportion estimée.

La non-réponse partielle aux questions portant sur les conséquences de la détresse psychologique varie entre 1,0 % et 2,3 % pour les réponses aux secteurs de la vie affectés et est de 11 % pour la durée des manifestations (QAA112). Pour cette dernière question, les non-répondants sont surtout des personnes âgées se classant au niveau bas à moyen de l'IDPESQ14. On peut penser que la non-réponse partielle entraîne une surestimation de la durée des manifestations.

Le taux de non-réponse partielle pour l'échelle de mesure de la détresse psychologique (ÉMMDP23) est de 6 %. Cette non-réponse partielle augmente avec l'âge, pour les deux sexes, et atteint 21 % chez les 65 ans et plus. De plus, la proportion de non-répondants est plus élevée chez les personnes ayant un revenu faible ou un niveau de scolarité peu élevé. Cette distribution de la non-réponse partielle pourrait induire une légère surestimation du point de césure utilisé dans la définition de l'ÉMMDP23.

16.2 Résultats

16.2.1 Perception de la santé mentale

Une majorité de Québécois de 15 ans et plus considèrent leur santé mentale comme étant excellente (35 %), très bonne (36 %) ou bonne (21 %) (tableau 16.1). Par contre, 8 % de la population juge sa santé mentale comme moyenne ou mauvaise. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à s'estimer en excellente santé mentale (38 % c. 32 %) comparativement aux femmes qui, pour leur part, sont proportionnellement plus nombreuses à considérer leur santé mentale moyenne ou mauvaise (9 % c. 7 %). La perception de la santé mentale est également associée à l'âge : la proportion de Québécois s'estimant en moins bonne santé mentale est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans que chez les personnes de plus de 45 ans (10 % c. 7 % chez les 45-64 ans et 6 % chez les 65 ans et plus). Cet écart entre les groupes d'âge s'observe chez les femmes et semble être une tendance chez les hommes.

La perception de la santé mentale est étroitement associée à la satisfaction quant à la vie sociale. En effet, près de 56 % des Québécois qui s'estiment très satisfaits de leur vie sociale considèrent leur santé mentale excellente alors que cette même appréciation chute à environ 14 % chez les personnes non satisfaites de leur vie sociale (tableau 16.2). À l'inverse, près de 28 % des Québécois non satisfaits de leur vie sociale qualifient leur santé mentale de moyenne ou mauvaise alors que cette proportion est de seulement 2 % chez les personnes très satisfaites.

Tableau 16.1
Perception de la santé mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
		%		
Hommes				
15-24 ans	38,0	34,9	19,0	8,1
25-44 ans	38,7	33,6	20,2	7,5
45-64 ans	38,7	36,0	18,4	6,9
65 ans et plus	34,9	33,6	26,4	5,0
Total	**38,2**	**34,5**	**20,2**	**7,2**
Femmes				
15-24 ans	28,9	35,0	23,4	12,7
25-44 ans	31,4	37,5	21,5	9,8
45-64 ans	34,5	36,5	22,0	7,0
65 ans et plus	33,2	36,1	24,0	6,8
Total	**32,2**	**36,6**	**22,3**	**9,0**
Sexes réunis				
15-24 ans	33,5	35,0	21,2	10,4
25-44 ans	35,1	35,5	20,8	8,6
45-64 ans	36,6	36,2	20,2	7,0
65 ans et plus	33,9	35,0	25,0	6,0
Total	**35,1**	**35,6**	**21,3**	**8,1**
Pe '000	**2 045**	**2 071**	**1 240**	**470**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 16.2
Perception de la santé mentale selon la satisfaction face à la vie sociale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
		%		
Très satisfait	55,8	31,9	10,2	2,0
Plutôt satisfait	28,8	39,9	24,7	6,7
Non satisfait	13,7	26,6	31,3	28,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

16.2.2 Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ14)

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, approximativement 20 % de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (tableau 16.3). Toute proportion gardée, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à faire partie de cette catégorie (23 % c. 17 %) et cet écart demeure entre les sexes pour tous les groupes d'âge. La proportion d'individus se situant dans la catégorie élevée de l'indice diminue avec l'âge et cette tendance est similaire tant chez les hommes que chez les femmes. Un peu plus d'un jeune Québécois sur quatre, âgé de 15 à 24 ans (28 %), se situe dans la catégorie élevée alors que cette proportion tombe à un sur dix (11 %) chez les personnes de 65 ans et plus. De façon significative, les jeunes se distinguent de tous les autres groupes d'âge avec une proportion plus importante à la catégorie élevée de l'indice, tandis que les personnes de 65 ans et plus obtiennent la proportion la plus faible.

Entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998, la proportion d'individus de 15 ans et plus se situant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique est passée de 26 % à 20 %, retrouvant ainsi le niveau initial défini en 1987 (tableau 16.3). Cette diminution se produit tant chez les hommes que chez les femmes mais semble plus importante chez les femmes (8 % c. 4,8 %). Les Québécoises retrouvent ainsi la proportion de la catégorie élevée de l'indice enregistrée il y a dix ans lors de l'enquête de 1987 (23 % c. 24 %) alors que les hommes, malgré la diminution observée, conservent un niveau de détresse psychologique significativement supérieur à ce qu'il était en 1987 (17 % c. 15 %). Globalement, pour les deux sexes réunis, on observe cette même diminution dans tous les groupes d'âge, mais de façon inégale. En effet, bien que la proportion de jeunes de 15 à 24 ans se situant dans la catégorie élevée de l'indice en 1998 soit inférieure à celle de 1992-1993, elle demeure supérieure à ce qu'elle était dix ans auparavant (28 % c. 23 %), et ce, notamment chez les jeunes hommes (23 % c. 17 %).

Tableau 16.3
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe
		%		'000
Hommes				
15-24 ans	17,4	29,7	23,1	115
25-44 ans	14,9	22,8	17,7	207
45-64 ans	13,7	20,8	16,7	141
65 ans et plus	11,6	9,3	8,0	28
Total	**14,8**	**22,1**	**17,3**	**491**
Femmes				
15-24 ans	29,6	40,8	33,5	159
25-44 ans	22,9	32,2	22,8	262
45-64 ans	22,1	26,4	21,5	187
65 ans et plus	21,1	20,0	12,8	60
Total	**23,8**	**30,4**	**22,8**	**668**
Sexes réunis				
15-24 ans	23,4	35,2	28,2	274
25-44 ans	19,0	27,5	20,2	469
45-64 ans	18,0	23,7	19,2	328
65 ans et plus	17,0	15,4	10,7	88
Total	**19,4**	**26,3**	**20,1**	**1 159**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La proportion de Québécois de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a aussi diminué en 1998 se rapprochant ainsi des proportions estimées en 1987. Par ailleurs, les personnes de 65 ans et plus forment le seul groupe d'âge chez qui on note une tendance à la baisse de la proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice de détresse entre les trois enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998, et ce, autant chez les hommes (12 %, 9 % et 8 % respectivement) que chez les femmes (21 %, 20 % et 13 %).

L'indice de détresse psychologique est associé à l'état matrimonial de fait, et ce, quel que soit le sexe ou l'âge des individus (tableau 16.4). Les personnes mariées se démarquent de celles en union de fait, veuves, séparées ou divorcées et des célibataires du fait qu'elles présentent une proportion plus faible de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice (15 % c. 21 %, 22 % et 26 %). On observe ceci autant chez les hommes (12 % c. 19 %, 20 % et 23 %) que chez les femmes (18 % c. 23 %, 23 % et 30 %). Les personnes célibataires obtiennent, dans l'ensemble, la proportion la plus élevée (26 %), et ce, tant pour les hommes (23 %) que pour les femmes (30 %). Les personnes veuves, séparées ou divorcées forment le sous-groupe enregistrant la plus forte proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice chez les 25 ans et plus. Les mêmes associations ont été remarquées lors de l'enquête de 1992-1993 mais avec des proportions plus élevées dans chacune des catégories de l'état matrimonial de fait (données non présentées).

Le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines est associé à la détresse psychologique (tableau 16.5). Ce sont les personnes à la retraite (13 %) qui obtiennent les plus faibles proportions à la catégorie élevée de l'indice, suivies des personnes qui occupent un emploi ou tiennent maison (19 %), alors que les étudiants et les personnes sans emploi affichent les proportions les plus élevées (29 % et 30 % respectivement).

Tableau 16.4
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Hommes	
Marié	12,4
En union de fait	19,2
Veuf, séparé ou divorcé	19,7
Célibataire	23,1
Femmes	
Marié	18,3
En union de fait	23,4
Veuf, séparé ou divorcé	22,9
Célibataire	30,0
Sexes réunis	
15-24 ans	
Marié	24,9*
En union de fait	27,5
Veuf, séparé ou divorcé	–
Célibataire	28,5
25-44 ans	
Marié	16,2
En union de fait	20,7
Veuf, séparé ou divorcé	30,3
Célibataire	24,7
45-64 ans	
Marié	16,5
En union de fait	21,2
Veuf, séparé ou divorcé	24,6
Célibataire	24,5
65 ans et plus	
Marié	9,0
En union de fait	7,7**
Veuf, séparé ou divorcé	13,8
Célibataire	8,6**
Total sexes réunis	
Marié	15,3
En union de fait	21,3
Veuf, séparé ou divorcé	21,8
Célibataire	26,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'association entre le statut d'activité et la détresse psychologique persiste tant chez les hommes que chez les femmes avec des proportions à la catégorie élevée de l'indice de détresse supérieures chez ces dernières, à l'exception de celles qui tiennent maison.

L'âge est également associé au statut d'activité. En effet, comparativement aux autres groupes d'âge, une plus forte proportion de sans emploi, âgées entre 45 et 64 ans, se classent dans la catégorie élevée (37 %).

La proportion de Québécois aux études, en emploi ou qui tiennent maison qui se situent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a diminué entre 1992-1993 et 1998 (figure 16.1). Les personnes à la retraite et celles sans emploi n'ont toutefois pas connu de baisse significative entre ces deux périodes. Il est à noter que les personnes sans emploi forment le groupe chez qui on avait estimé une forte proportion de personnes se situant à un niveau élevé de l'indice tant en 1992-1993 (33 %) qu'en 1998 (30%). Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent que les proportions de personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique dans les différentes catégories du statut d'activité ont à peu près rejoint les proportions enregistrées dix ans auparavant en 1987, à l'exception des personnes sans emploi qui affichent une augmentation.

La scolarité relative et le niveau de revenu sont inversement associés à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (tableau 16.6). En effet, les personnes ayant la scolarité la plus faible présentent les proportions les plus élevées à la catégorie élevée de l'indice (23 %) tandis que les plus instruites, les plus faibles proportions (17 %).

Il en va de même avec le niveau de revenu où la proportion de personnes se classant au niveau élevé passe de 16 % chez les personnes ayant un revenu supérieur à 27 % chez celles ayant un niveau de revenu plus faible (catégorie très pauvre) avec des écarts significatifs entre les catégories extrêmes. Les mêmes associations entre la scolarité relative et le niveau de revenu étaient observées lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (données non présentées).

Tableau 16.5
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

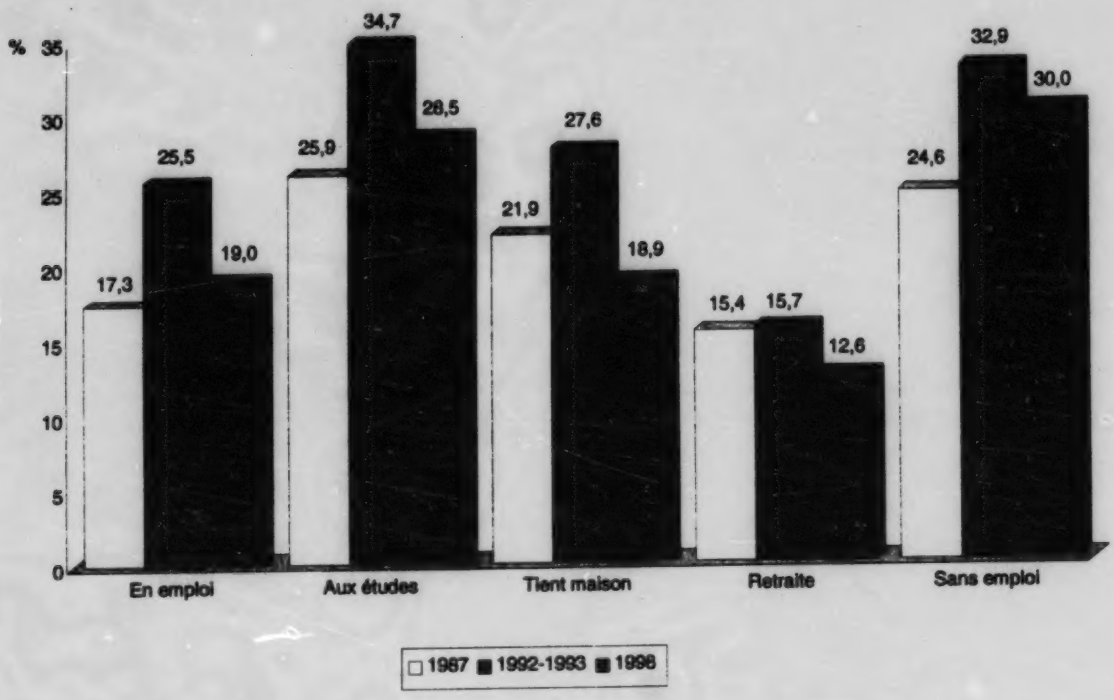
	%
Hommes	
En emploi	16,0
Aux études	21,8
Tient maison	22,5*
À la retraite	10,6
Sans emploi	28,0
Femmes	
En emploi	22,8
Aux études	35,3
Tient maison	18,5
À la retraite	15,2
Sans emploi	33,3
Sexes réunis	
15-24 ans	
En emploi	26,0
Aux études	28,7
Tient maison	39,3*
À la retraite	–
Sans emploi	27,3
25-44 ans	
En emploi	19,0
Aux études	27,2
Tient maison	20,5
À la retraite	35,6**
Sans emploi	27,2
45-64 ans	
En emploi	17,2
Aux études	26,2**
Tient maison	19,8
À la retraite	14,3
Sans emploi	37,4
65 ans et plus	
En emploi	3,7**
Aux études	–
Tient maison	10,5*
À la retraite	11,3
Sans emploi	6,8**
Total sexes réunis	
En emploi	19,0
Aux études	28,5
Tient maison	18,9
À la retraite	12,6
Sans emploi	30,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 16.1
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les problèmes de santé de longue durée sont associés à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique; la proportion de personnes présentant un tel niveau est plus élevée chez les personnes qui rapportent deux problèmes de santé de longue durée ou plus (25 %) que chez celles qui n'en rapportent pas (17 %) (figure 16.2).

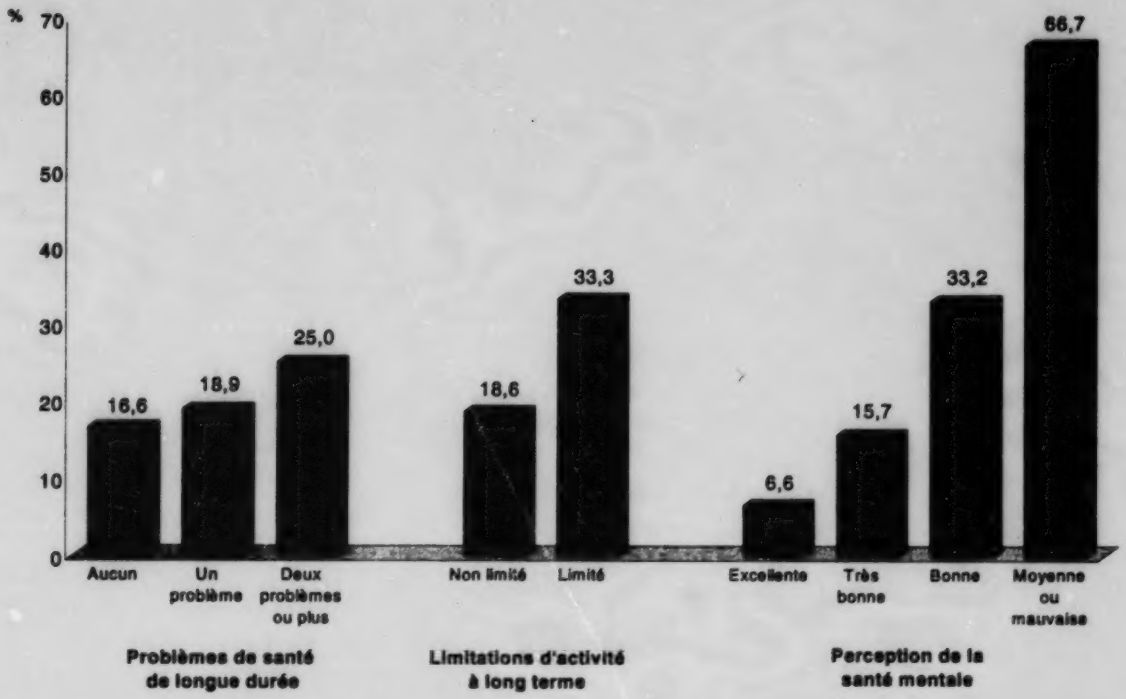
Il en va de même avec la présence de limitations d'activité à long terme où le tiers (33 %) des personnes souffrant de ces limitations font partie de la catégorie élevée de l'indice. La même association était observée lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 entre la perception de la santé et la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (données non présentées).

Tableau 16.6
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Scolarité relative		
Plus faible	23,4	250
Faible	20,7	237
Moyenne	20,5	243
Élevée	19,0	221
Plus élevée	17,3	208
Niveau de revenu		
Très pauvre	27,0	105
Pauvre	24,0	150
Moyen inférieur	20,6	384
Moyen supérieur	18,6	410
Supérieur	16,2	111

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 16.2
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et la perception de la santé mentale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La perception de la santé mentale y est également associée. En effet, la proportion de personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse est d'environ 7 % chez les personnes qui s'estiment en excellente santé mentale et atteint 67 % chez celles qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé mentale (86 % chez celles dans la catégorie « mauvais »).

Plusieurs caractéristiques liées à l'environnement social sont étroitement associées à la détresse psychologique (tableau 16.7). Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence sont associés de façon graduelle à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (ces événements sont décrits au chapitre 25 de ce rapport). La proportion de personnes se classant dans la catégorie élevée de l'indice est de 13 % chez les personnes n'ayant pas rapporté de tels événements, et augmente rapidement pour atteindre 37 % chez les personnes qui ont rapporté trois événements traumatisants et plus. La satisfaction exprimée quant à la vie sociale est fortement liée à la détresse psychologique. La proportion de personnes se classant au niveau élevé de l'indice est de 8 % chez les personnes très satisfaites de leur vie sociale et de 53 % chez celles qui s'en disent insatisfaites. L'indice de soutien social y est aussi associé. Un indice de soutien social élevé s'accompagne d'une proportion plus faible (16 %) de personnes se situant à la catégorie élevée de l'IDPESQ14 comparativement aux personnes ayant un faible indice de soutien social (36 %).

Tableau 16.7
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques liées à l'environnement social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence		
Aucun	13,1	380
Un événement	20,9	284
Deux événements	28,8	202
Trois événements et plus	37,1	202
Satisfaction quant à la vie sociale		
Très satisfait	7,7	138
Plutôt satisfait	19,3	622
Non satisfait	52,6	399
Indice de soutien social		
Faible	37,6	429
Élevé	15,8	730

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La même association entre la détresse psychologique et la satisfaction quant à la vie sociale était enregistrée en 1987 et 1992-1993 (données non présentées).

16.2.3 Conséquences de la détresse psychologique

Les personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique présentent ces manifestations depuis une période relativement longue (tableau 16.8). En effet, près de la moitié rapportent ces manifestations depuis plus d'un an (46 %) et cette proportion atteint 53 % chez les hommes. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à déclarer ces manifestations depuis moins longtemps (moins d'un mois) comparativement aux autres groupes d'âge de la population (42 % c. 23 %, 16 % et 12 %). C'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que les épisodes les plus longs des manifestations qui composent l'indice de détresse psychologique (plus d'un an) sont rapportés (63 % c. 30 %, 45 % et 57 %).

Près de 20 % des Québécois appartenant à la population de référence, soit celle des 15 ans et plus, ayant déclaré au moins une manifestation ou un symptôme de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus ont aussi rapporté des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études (tableau 16.9). Parmi la population de référence, la proportion de personnes signalant de telles conséquences est de 40 % chez celles qui se classent au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique comparativement à 11 % chez celles classées à un niveau plus faible.

Tableau 16.8
Durée des manifestations associées à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Moins d'un mois		Six mois à un an		Plus d'un an	
	Bas à moyen	Élevé	Bas à moyen	Élevé	Bas à moyen	Élevé
			%			
Hommes	36,5	21,5	24,9	25,6	38,6	52,9
Femmes	41,1	27,8	26,1	31,7	32,9	40,5
Sexes réunis						
15-24 ans	57,0	42,2	21,4	27,4	21,7	30,4
25-44 ans	39,5	22,9	26,2	32,6	34,3	44,6
45-64 ans	31,3	16,3	25,5	26,3	43,2	57,4
65 ans et plus	23,3	11,9**	29,4	25,5*	47,3	62,6
Total	**38,7**	**25,1**	**25,5**	**29,1**	**35,8**	**45,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 16.9
Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus, Québec, 1998

	Secteur de la vie affecté			Recours à une aide extérieure
	Travail ou études	Vie familiale ou sentimentale	Activités sociales	
		%		
Bas à moyen	11,3	20,3	13,5	11,0
Élevé	39,5	58,2	45,9	29,1
Total	**19,5**	**31,3**	**23,0**	**16,2**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes de la population étudiée ici qui se situent au niveau élevé de l'indice rapportent de telles conséquences dans une proportion plus élevée que ceux qui se situent au niveau bas à moyen de l'indice (44 % c. 13 %) (tableau C.16.1). Comme l'indique le tableau C.16.1, la proportion de personnes ayant déclaré de telles conséquences est sensiblement la même chez les femmes appartenant à la population de référence qui se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que chez les hommes qui sont dans la même situation (36 % c. 44 %).

Les données de l'enquête indiquent par ailleurs que la proportion de personnes rapportant des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études est associée à l'âge. Comme on pouvait s'y attendre, c'est chez les 15-24 ans appartenant à la population étudiée que l'on retrouve la proportion la plus élevée (34 %) de personnes rapportant des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études et c'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que l'on observe la proportion la plus faible (8 %). Les données ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative entre les hommes et les femmes quant à l'association entre l'âge et la présence de conséquences sur la capacité de travailler ou de poursuivre des études.

Comme l'indique le tableau 16.9, 31 % des Québécois de 15 ans et plus présentant au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus ont rapporté des conséquences de ces manifestations sur leur vie familiale ou sentimentale. Les résultats indiquent aussi que cette proportion est significativement plus élevée parmi les individus de la population étudiée qui se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (58 % c. 20 %). Par ailleurs, aucune différence dans la proportion de personnes rapportant ce type de conséquences n'a été observée entre les hommes et les femmes (tableau C.16.1).

Les jeunes de 15 à 24 ans présentant au moins une manifestation liée à l'état dépressif qui dure depuis six mois ou plus sont, en proportion, plus nombreux que dans les autres groupes d'âge à mentionner que ces manifestations ont nui à leur vie familiale ou sentimentale (tableau C.16.1). En effet, 45 % des individus de la population de référence, qui appartiennent à ce groupe d'âge et qui déclarent au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, connaîtraient des conséquences de ces manifestations sur leur vie familiale ou sentimentale alors que 10 % des personnes de 65 ans et plus seraient dans cette situation. Comme l'indique le tableau C.16.1, des résultats similaires ont été observés concernant les conséquences des manifestations de détresse psychologique sur les activités sociales. Cette proportion est de 46 % lorsqu'on étudie les Québécois de 15 ans et plus qui présentent au moins une manifestation qui dure depuis six mois ou plus et qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse (tableau 16.9).

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent que près de 16 % des personnes qui présentent au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, ont consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations (tableau C.16.1). Comme l'indiquent les données présentées au tableau 16.9, la proportion de personnes ayant consulté quelqu'un est plus élevée chez les personnes se situant au niveau élevé de l'indice que chez celles se classant au niveau bas à moyen (29 % c. 11 %). Par ailleurs, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (19 % c. 13 %) à avoir consulté quelqu'un au sujet des manifestations de détresse psychologique (tableau C.16.1). En outre, ceci s'observe également parmi les personnes qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (33 % c. 24 %) (tableau C.16.1). La proportion de personnes de 65 ans et plus appartenant à la population de référence qui ont consulté quelqu'un pour des manifestations de détresse est inférieure à celle observée dans les autres groupes d'âge (11 % c. 16 %, 17 % et 18 %) (tableau C.16.1).

16.2.4 Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23)

Deux indicateurs permettent d'estimer le degré de concordance dans les scores obtenus à l'IDPESQ14 et à l'ÉMMDP23. D'abord, un coefficient de corrélation de 0,81 fut obtenu à partir du croisement des scores bruts pondérés des deux échelles continues. Ensuite, l'analyse de la concordance dans la classification de la population montre qu'environ 87 % des Québécois sont classés dans les mêmes catégories (niveau bas à moyen - niveau élevé) aux deux échelles (tableau 16.10). Par contre, près de 7 % de la population classée au niveau élevé selon l'ÉMMDP23 se situe au niveau bas à moyen selon l'IDPESQ14. Inversement, 6 % des personnes classées au niveau élevé de l'IDPESQ14 se situent au niveau bas à moyen selon l'ÉMMDP23. Au total, près de 13 % des Québécois sont donc classés dans des catégories opposées.

Bien que la corrélation dans les scores continus des deux échelles soit plutôt forte, il est d'intérêt de signaler que l'on observe une tendance systématique de l'ÉMMDP23 à identifier un plus grand pourcentage de Québécois dans la catégorie élevée de l'échelle, et ce, en particulier pour les sous-groupes sociaux en difficulté. Ainsi, les proportions d'individus appartenant au niveau élevé sont de 3 % à 5 % supérieures avec l'ÉMMDP23 comparativement à l'IDPESQ14, chez ceux qui se perçoivent comme « très pauvres », chez les individus insatisfaits de leur vie sociale ou chez ceux qui présentent un indice de soutien social faible (données non présentées). On note aussi cette tendance pour les jeunes de 15 à 24 ans, les célibataires et les sans emploi. Dans certains cas, on obtient, avec l'ÉMMDP23, des proportions de 6 % à 9 % plus élevées que celles de l'IDPESQ14 de personnes appartenant à la catégorie supérieure (données non présentées). Tel est le cas pour les individus qui perçoivent l'état de leur santé mentale comme moyen ou mauvais ou qui ont rapporté des idées suicidaires. Dans ce dernier cas, la proportion estimée d'individus appartenant au niveau élevé est de 67 % à l'IDPESQ14 et passe à 76 % à l'ÉMMDP23 (données non présentées).

Tableau 16.10
Concordance entre l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) et l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23), population de 15 ans et plus, Québec, 1998

IDPESQ14	ÉMMDP23	
	Bas à moyen	Élevé
	%	
Bas à moyen	73,2	6,8
Élevé	6,3	13,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Il est à noter que tous les écarts rapportés ici sont statistiquement significatifs, même une fois pris en considération les effets potentiellement confondants de l'âge et du sexe de la population québécoise de 15 ans et plus (données non présentées).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Perception de la santé mentale

La perception de la santé mentale a fait l'objet d'une première mesure pour l'ensemble des Québécois en 1998. Les résultats montrent qu'une majorité de Québécois de 15 ans et plus qualifient leur santé mentale d'excellente (35 %), très bonne (36 %) ou bonne (21 %). On observe toutefois que la perception de la santé mentale suit les mêmes tendances que l'indice de détresse psychologique soit une moins bonne perception et un niveau plus élevé à l'indice de détresse chez les jeunes et les femmes tout en ayant une même faible satisfaction face à la vie sociale. La perception de la santé mentale est associée à la satisfaction quant à la vie sociale et compte tenu du fait que les deux indicateurs font appel à la perception qu'ont les Québécois de leur situation personnelle ils traduisent une cohérence entre ces deux perceptions. La perception de la santé mentale des Québécois mesurée en 1998 se situe dans l'intervalle des résultats rapportés lors de deux vastes études menées aux États-Unis et en Ontario au début des années 90 (Kessler et autres, 1997).

Détresse psychologique et conséquences

L'*Enquête sociale et de santé 1998* estime à 20 % la proportion de Québécois de 15 ans et plus rapportant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. L'analyse de la relation entre la détresse psychologique et certaines caractéristiques de la population supporte la plupart des estimations faites lors des deux enquêtes antérieures. La proportion d'individus se situant au niveau élevé de l'indice est plus importante chez les femmes, chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les personnes sans emploi. Les personnes veuves, séparées ou divorcées forment le sous-groupe enregistrant la plus forte proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice chez les 25 ans et plus. Il serait cependant pertinent d'examiner séparément les veufs/veuves et les personnes séparées/divorcées, ces deux groupes étant soumis à des conditions différentes. La proportion la plus faible de personnes se classant au niveau élevé de l'indice s'observe chez les personnes mariées et chez les personnes ayant un niveau de revenu supérieur ou une scolarité élevée. Tout comme il avait été démontré lors des enquêtes précédentes, le niveau de détresse est inversement associé au niveau de revenu et ce sont les personnes les moins scolarisées qui enregistrent les plus fortes proportions de gens appartenant au niveau élevé de l'indice de détresse. Ces associations vont dans le même sens que celles observées au sein des ménages privés américains par les Centers for Disease Control and Prevention (1998).

Tout comme lors des enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* montre que les caractéristiques liées à l'environnement social interagissent avec le niveau de détresse psychologique du même titre que certains événements vécus dans le passé. Par exemple, la présence d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence est associée à la catégorie élevée de l'indice de détresse, relation qui avait également été démontrée lors d'une vaste étude ontarienne portant sur la santé mentale (Offord et autres, 1994). Par ailleurs, certaines caractéristiques liées à l'environnement social seraient associées à un niveau plus bas de l'indice. Ainsi, une vie sociale satisfaisante et un niveau élevé de soutien social sont associés à un niveau plus faible à l'indice de détresse psychologique. Un effet tampon du milieu social avait été démontré lors de recherches antérieures (Tousignant, 1992).

Certaines questions de l'enquête permettent d'estimer la durée et les conséquences de la détresse psychologique. Près de la moitié (46 %) des personnes se

situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique mentionnent que les manifestations de détresse ont une durée de plus d'une année. La durée de ces manifestations varie cependant avec l'âge. Par ailleurs, parmi les personnes situées au niveau élevé de l'indice qui ont eu au moins une manifestation pendant six mois ou plus, 58 % disent en être affectées dans leur vie familiale ou sentimentale, 46 % dans leurs activités sociales et 40 % dans leur travail ou leurs études. Vingt-neuf pourcent (29 %) ont rapporté avoir consulté pour leurs manifestations et il s'agissait plus souvent de femmes que d'hommes.

La diminution de la proportion de la population dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1998 et 1992-1993 constitue fort probablement un fait marquant de cette enquête. Après avoir connu une augmentation entre 1987 et 1992-1993, la proportion de la catégorie élevée de détresse psychologique est redescendue au niveau déterminé en 1987. L'analyse sommaire effectuée dans le cadre de ce rapport montre que cette diminution ne s'est pas réalisée également pour tous les groupes de la société québécoise. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans, bien qu'ayant amélioré leur position, n'ont pas rejoint le niveau enregistré en 1987, alors que la population des personnes âgées tend à diminuer entre les trois enquêtes.

La variation des proportions de personnes à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre les enquêtes de 1987, 1992-1993 et de 1998 ne peut être due à des variations d'ordre méthodologique. Lors des trois enquêtes, l'instrument utilisé, le type d'échantillonnage, la procédure d'administration des instruments d'enquête, la méthode de calcul de l'indice et le seuil définissant la catégorie élevée de détresse ont été les mêmes. Les tailles d'échantillon de chacune des enquêtes étaient considérables avec des taux comparables de participation. Également, la composition des échantillons n'a pas varié de façon importante lors des trois enquêtes. La forme de distribution des scores à l'indice de détresse demeure identique et l'on observe les mêmes associations avec toutes les variables communes aux enquêtes de 1992-1993 et de 1998. Par ailleurs, on remarque un taux de réponse légèrement inférieur à l'indice de détresse psychologique en 1998 comparativement aux deux enquêtes antérieures, mais cette non-réponse ne pourrait expliquer qu'une fraction de la variation observée du niveau de détresse entre 1992-1993 et 1998. Il est également intéressant d'observer que la diminution de la proportion de Québécois se situant au niveau élevé de l'indice de détresse s'accompagne d'une augmentation des conséquences chez les personnes de cette catégorie, ce qui tend à démontrer un besoin de services accru chez ces personnes. Enfin, soulignons que les personnes sans emploi et à la retraite forment les seuls groupes de la variable statut d'activité qui n'ont pas connu une baisse significative de leurs proportions en ce qui a trait au niveau élevé de l'indice. La catégorie sans emploi concerne principalement des personnes qui ne travaillent pas pour des raisons de santé ou qui sont en chômage.

L'indice de détresse psychologique inclut plusieurs manifestations associées à la dépression et il est intéressant de constater que l'*Enquête nationale sur la santé de la population* a enregistré une diminution de la prévalence de la dépression dans la population générale entre 1994 et 1996, mais que les jeunes étaient également les plus affectés en ce qui concerne plusieurs aspects de leur santé mentale (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population 1999; Stephens et autres, 1999; Desmarais et autres, 2000).

Le recours à deux échelles de mesure permettant d'estimer la détresse psychologique de la population confirme la pertinence d'intégrer ce type d'indicateur de santé mentale dans une enquête populationnelle comme celle-ci. Il atteste doublement que les proportions d'individus présentant un niveau élevé de détresse ne se distribuent pas également dans la population québécoise et que certains sous-groupes sociaux sont plus touchés que d'autres. Il montre également que les personnes classées dans la catégorie élevée de l'une ou l'autre de ces deux échelles sont aussi plus nombreuses, toutes proportions gardées, à présenter des dysfonctionnements liés aux indicateurs de l'environnement social et de la santé

mentale. Des analyses plus poussées de concordance interéchelles seront menées et feront l'objet d'un cahier technique qui sera publié par l'Institut de la statistique du Québec. Pour l'instant, les écarts observés peuvent s'expliquer par des différences entre les deux outils (nombre ou formulation des catégories de réponse pour chacun des items; recours à des cadres temporels de référence différents) ou encore, par la nature des items et des dimensions factorielles de chacun de ces deux outils. Les lecteurs pourront comparer les structures factorielles de l'IDPESQ14 et de l'ÉMMDP23 à partir des textes de Préville et autres (1992) et de Massé et autres (1998a, 1998b et 1998c).

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent d'identifier des sous-groupes plus à risque vers lesquels des programmes de soutien et de prévention devraient être destinés. Les données de cette enquête montrent que la proportion de personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ne se répartit pas de façon uniforme dans la population. À cet égard, les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse. Par ailleurs, les personnes sans emploi et les jeunes de 15 à 24 ans ne semblent pas avoir profité de la diminution générale observée du niveau de détresse entre 1993 et 1998. L'enquête de 1998 montre également que cette détresse affecte généralement ces personnes sur une longue période de temps et qu'elle entraîne des conséquences négatives perceptibles dans diverses facettes de la vie des individus. Il s'agit ici d'éléments d'information pertinents lors de la mise en place d'activités destinées à ces personnes. Les données de l'enquête révèlent également que seulement une fraction des personnes affectées consulte pour leur état. Les programmes de soutien et de prévention mis en place devraient également favoriser l'accessibilité aux personnes affectées qui le font le moins, particulièrement les hommes et les personnes de 65 ans et plus.

Les prochaines enquêtes de santé au Québec pourraient permettre, d'une part, de mieux documenter les facteurs qui expliquent l'utilisation du système de soins pour ces problèmes et, d'autre part, d'en analyser son efficacité.

Bibliographie

BOYER, R., et autres (1993). « La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, n° 6, p. 339-343.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 368 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). « Self-reported frequent mental distress among adults - United States, 1993-1996 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 47, n° 16, p. 325-331.

DESMARAIS, D., et autres (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 216 p.

GOLD, J. R. (1990). « Levels of depression » dans WOLMAN, B. B., et G. STRICKER (éd.), *Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods*, New York, John Wiley & Sons, p. 203-298.

ILFELD, F. W. (1976). « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports*, vol. 39, n° 2, p. 1215-1228.

ILFELD, F. W. (1978). « Psychologic status of community residents along major demographic dimensions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, n° 4, p. 716-724.

KAPLAN, G. A., et autres (1987). « Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the human population laboratory studies », *American Journal of Epidemiology*, vol. 125, n° 2, p. 206-220.

KENDELL, R. E. (1988). « What is a case? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, n° 4, p. 374-376.

KESSLER, R. C., et autres (1997). « Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 8, p. 551-557.

KLERMAN, G. L. (1989). « Psychiatric diagnostic categories: issues of validity and measurement », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, p. 26-32.

KLERMAN, G. L. (1990). « The contemporary american scene: diagnosis and classification of mental disorders, alcoholism and drug abuse » dans SARTORIUS, N., A. JABLENSKY, D. A. REGIER, J. D. BURKE et HIRSCHFELD (éd.), *Sources and traditions of classification in psychiatry*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, p. 93-137.

KOVESS, V. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski*, Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, Verdun, Québec, tome II, 225 p.

LÉGARÉ, G., et autres (1992). « Caractéristiques des non-répondants à une enquête de santé mentale », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4, p. 308-310.

LESAGE, A., et autres (1994). *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale : une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, 59 p.

LEVASSEUR, M. (1995). « Perception de l'état de santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, p. 199-209.

LINK, B., et B. DOHRENWEND (1980). « Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States » dans *Mental illness in the United States: epidemiological estimates*, New York, Praeger, p. 114-132.

MASSÉ, R., et autres (1998a). *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale : tome 1, étude ethnosémantique*, tome 2, étude de validation, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

MASSÉ, R., et autres (1998b). « Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n° 3, p. 183-189.

MASSÉ, R., et autres (1998c). « The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures », *Social Indicators Research*, vol. 45, p. 475-504.

MASSÉ, R., et autres (1991). « Mental health of community residents in the metropolitan Montreal area: some results from the Santé Québec survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 82, n° 5, p. 320-324.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

OFFORD, D., et autres (1994). *L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément santé mentale*, Ministère de la Santé de l'Ontario, 64 p.

OFFORD, D. R., et autres (1996). « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, n° 9, p. 559-563.

PRÉVILLE, M., et autres (1992). « La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec, enquête Santé Québec 1987 », *Les cahiers de recherche*, n° 7, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 54 p.

PRÉVILLE, M., et autres (1995). « The structure of psychological distress », *Psychological Reports*, vol. 77, p. 275-293.

PRÉVILLE, M. (1995). « Étude de la validité et de la fiabilité de la mesure de détresse psychologique utilisée dans l'Enquête Santé Québec », *Université de Montréal : Les cahiers du GRIS*, T95-01.

ROBINS, L. N., et D. A. REGIER (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*, New York, The free press, 449 p.

STEPHENS, T., et autres (1999). « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 3, p. 131-140.

TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses universitaires de France, 256 p.

VAILLANT, G. E., et P. SCHNURR (1988). « What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health », *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, p. 313-319.

Tableau complémentaire

Tableau C.16.1

Types de conséquences selon le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998

	Secteur de la vie affecté			Recours à une aide extérieure
	Travail ou études	Vie familiale ou sentimentale	Activités sociales	
	%			
Hommes				
Bas à moyen				
15-24 ans	21,8	25,4	14,2*	7,0*
25-44 ans	15,4	27,6	18,1	9,9
45-64 ans	7,8	17,5	12,7	10,3
65 ans et plus	3,1**	7,1*	7,0**	7,7*
Total	**12,5**	**21,8**	**14,6**	**9,4**
Élevé				
15-24 ans	54,7	65,9	49,6	21,4*
25-44 ans	45,9	62,4	53,1	25,7
45-64 ans	39,8	54,1	48,0	26,0
65 ans et plus	19,4**	39,6	26,4**	10,9**
Total	**44,3**	**59,2**	**49,2**	**24,0**
Total				
15-24 ans	33,4	39,7	26,7	12,0
25-44 ans	23,2	36,5	27,1	13,9
45-64 ans	15,9	26,8	21,7	14,3
65 ans et plus	5,6**	12,1*	10,1*	8,2*
Total	**20,8**	**31,5**	**23,6**	**13,2**
Femmes				
Bas à moyen				
15-24 ans	24,1	32,4	20,9	12,8*
25-44 ans	10,3	23,1	12,4	13,5
45-64 ans	6,6*	14,0	10,8	13,2
65 ans et plus	4,8**	5,1**	8,6*	8,8*
Total	**9,9**	**18,7**	**12,3**	**12,7**
Élevé				
15-24 ans	46,3	73,3	44,8	27,9
25-44 ans	36,5	65,2	45,0	32,4
45-64 ans	30,2	47,1	39,9	38,9
65 ans et plus	27,9*	22,5*	43,9	26,1*
Total	**35,6**	**59,2**	**43,2**	**33,2**
Total				
15-24 ans	33,5	49,8	31,1	19,2
25-44 ans	18,6	36,6	22,8	19,6
45-64 ans	14,1	24,5	20,2	21,5
65 ans et plus	9,7*	8,8*	16,1	12,5*
Total	**18,2**	**31,1**	**22,3**	**19,3**
Sexes réunis				
15-24 ans	33,5	44,5	28,8	15,5
25-44 ans	21,0	36,6	25,0	16,7
45-64 ans	15,0	25,7	20,9	18,0
65 ans et plus	7,9	10,3	13,4	10,6
Total	**19,5**	**31,3**	**23,0**	**16,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 17

Idées suicidaires et parasuicides

Richard Boyer
Centre de recherche Fernand-Seguin
Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine
Université de Montréal

Danielle St-Laurent
Institut national de santé publique du Québec

Michel Préville
Centre de recherche en gérontologie
Université de Sherbrooke

Gilles Légaré
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent

Raymond Massé
Département d'anthropologie
Université Laval

Carole Poulin
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec. Le taux de suicide québécois est passé de 13 pour 100 000 personnes en 1976 à 19 pour 100 000 personnes en 1997. Derrière cette statistique se cache la souffrance psychologique de 1 382 personnes, soit 1 095 hommes et 287 femmes et celle de milliers de survivants. Le taux comparatif de mortalité chez les hommes et les femmes s'accroît constamment. Entre 1976 et 1997, le taux a peu fluctué chez les femmes tandis que, chez les hommes, il a augmenté de 64 %. En 1997, le taux de mortalité par suicide est de 30,4 pour 100 000 hommes et de 7,7 pour 100 000 femmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999).

La distribution québécoise des suicides en fonction de l'âge est très particulière et ne suit pas le profil observé au Canada et aux États-Unis où l'on note, depuis une vingtaine d'années, une augmentation du risque suicidaire tant chez les jeunes que chez les personnes âgées. Le Québec est caractérisé par une augmentation encore plus marquée du taux de suicide chez les jeunes et par une relative stabilité du taux de suicide chez les personnes âgées (Boyer et St-Laurent, 1999; Beaupré et St-Laurent, 1998).

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des phénomènes difficiles à mesurer. C'est pourquoi il n'existe pas au Québec de banques de données ou de système de surveillance qui permettent d'établir la prévalence des idées suicidaires ou des tentatives de suicide sur une base statutaire et récurrente. Quoique les gestes suicidaires soient très fréquents dans notre société, il faudrait déployer des efforts considérables pour mesurer la prévalence et l'incidence de ces problèmes sur une base annuelle. Il faudrait notamment développer des outils de mesure très complexes, ce qui alourdirait la tâche des dispensateurs de services et l'estimation des tentatives de suicide serait probablement sous-évaluée (Weissman et autres, 1999; Safer, 1997).

Par contre, les enquêtes de Santé Québec permettent, sur une base quinquennale, d'estimer les idées suicidaires et les tentatives de suicide et de décrire leur évolution au sein de la population québécoise. Même si, par ces enquêtes, il est impossible de mesurer la gravité du geste suicidaire et toutes les circonstances qui entourent cet événement, il est possible de porter un regard sur l'évolution des idées suicidaires et des parasuicides selon les groupes d'âge et le sexe au cours des années. Dans ce contexte, la présente enquête constitue une base de données pertinente qui permet d'orienter des études plus spécifiques et *ad hoc* auprès de sous-groupes particuliers.

La littérature scientifique contient peu d'études réalisées auprès d'échantillons représentatifs de la population générale comme celle réalisée par Santé Québec. Le tableau C.17.1 présente les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide rapportées par les enquêtes réalisées au cours des trois dernières décennies dans la population générale. Les comparaisons de ces prévalences avec celles qui sont présentées ici doivent cependant être faites avec circonspection puisque ces études diffèrent grandement au point de vue de l'époque de l'étude, des caractéristiques démographiques des populations de référence, de la taille et du type d'échantillon et de l'instrumentation.

Les prévalences à vie des idées suicidaires observées au niveau international gravitent entre 2,1 % (Beyrouth, Liban) et 18,6 % (Christchurch, Nouvelle-Zélande), la médiane de ces prévalences se situant à 13 %. Seule une étude finlandaise rapporte la prévalence des idées suicidaires pour une période de 12 mois (2,3 %). Les prévalences à vie des tentatives de suicide observées au niveau international varient fortement, soit de 0,7 % (Beyrouth et Taïwan) à 6 % (Porto Rico). La prévalence médiane est de 3,5 %. Trois enquêtes de population rapportent des prévalences annuelles de tentatives de suicide : New Haven, É.-U., 0,6 %; Calgary, Canada, 0,8 %; Finlande, 1,0 %.

L'objectif de ce chapitre est d'estimer la prévalence des idées suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide au Québec et d'analyser l'évolution de ces phénomènes depuis l'enquête *Santé Québec 1987*. Le présent rapport permettra d'améliorer les connaissances sur le sujet afin de faciliter la tâche des responsables de la mise en œuvre de l'objectif 17 de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), des *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997) et de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (MSSS, 1998). L'*Enquête sociale et de santé 1998* complète l'information disponible provenant d'autres sources renseignant sur les suicides complétés (MSSS, 1999).

La section sur les résultats traite d'abord des personnes ayant rapporté des idées suicidaires sérieuses puis de celles ayant posé un geste suicidaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les prévalences observées dans la présente enquête sont comparées à celles obtenues lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. On analyse aussi les associations entre ces phénomènes suicidaires et la détresse psychologique, la perception de la santé mentale et une série de variables démographiques (âge, sexe et état matrimonial) et socioéconomiques (niveau de revenu, perception de sa situation financière, scolarité relative et statut d'activité au cours d'une période de 12 mois).

17.1 Aspects méthodologiques

17.1.1 Indicateurs

Le terme « parasuicide » est utilisé ici pour désigner tous les comportements suicidaires non fatals. Ce terme proposé par Kreitman et autres (1969) a été repris aussi dans des études européennes sur les tentatives de suicide (Kerkhof et autres, 1994). Le terme prévalence est utilisé pour désigner le taux ou la proportion de personnes ayant déclaré des idées suicidaires.

Les questions utilisées dans le présent chapitre se trouvent à la section X - Le suicide du questionnaire autoadministré (QAA). La question concernant les

idées suicidaires se lit comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? » (QAA141). Les tentatives de suicide sont mesurées par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » (QAA144). Bien que la structure en ait été modifiée, ces deux questions proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987* et ont été reprises aussi pour l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Elles permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides au cours d'une période de 12 mois. Il est important de noter que cette période de référence couvre, pour chaque répondant, une période de 12 mois se situant, en tout ou en partie, dans l'année 1997 ou 1998 selon la date à laquelle il a répondu au questionnaire.

La sévérité des idées suicidaires et des parasuicides est très difficile à évaluer par questionnaire. Par exemple, les parasuicides peuvent comprendre à la fois des gestes suicidaires inoffensifs sur le plan de la santé physique et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Afin de mieux préciser les phénomènes des idées suicidaires et des parasuicides, le questionnaire de l'enquête comporte deux autres questions tirées de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* pour établir si la personne avait prévu un moyen pour mettre fin à ses jours (QAA142) et, le cas échéant, établir les moyens envisagés lors des idées suicidaires (QAA143). Pour mieux saisir la gravité du parasuicide une question conçue pour les besoins de l'enquête permet d'établir si la personne rapportant un parasuicide a été conduite ou s'est présentée d'elle-même à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste suicidaire (QAA145). Sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir, ces questions aident à mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires.

17.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Pour estimer les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide, seules les questions portant sur la période de référence de 12 mois utilisées dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ont été reprises. Ainsi, les questions sur les idées et les tentatives suicidaires au cours de la vie ont été retirées du questionnaire puisque, comme l'a montré l'enquête de *1992-1993*, les prévalences de ces phénomènes ont très peu varié en cinq années. Par ailleurs, l'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente à des fins de connaissance de ces phénomènes sur le plan de la santé publique et de la compréhension psychosociale puisqu'elle fait référence à des événements récents. Les données de l'enquête *Santé Québec 1987* rendent également possible la comparaison des prévalences pour les 12 derniers mois.

Le libellé de la question qui permet de définir si oui ou non les personnes ont prévu un moyen pour poser leur geste suicidaire (QAA142) a été modifié quelque peu par rapport à celui de 1992-1993 par l'ajout du terme « sérieusement ». En 1998, l'énoncé se lit comme suit : « Si vous avez pensé sérieusement à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire? ». La question portant sur les moyens envisagés (QAA143) a été reprise comme en 1992-1993. Seul un item a été ajouté à la liste des moyens possibles : drogues ou alcool.

La question portant sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils à la suite de la tentative de suicide, telle qu'elle était libellée en 1992-1993, a été modifiée en 1998. Ainsi, on demande plutôt si la personne a été conduite ou si elle s'est présentée à l'urgence à la suite de sa tentative de suicide (QAA145).

17.1.3 Portée et limites des données

Puisque nous étudions ici deux facettes différentes du phénomène du suicide, les analyses distinguent les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant aussi déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Tout en permettant de produire des résultats comparables à d'autres études sur ces questions, cette procédure crée des groupes d'individus distincts en ce qui concerne les comportements suicidaires. Ce mode de calcul des prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides (les sujets rapportant uniquement des idées suicidaires étant soustraits du dénominateur) et sous-estime les taux d'idées suicidaires (les cas rapportant un parasuicide étant soustraits du numérateur et du dénominateur).

Malgré le fait que le taux de non-réponse pour chacune des questions permettant de documenter la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides dans la population soit inférieur à 4 %, les effectifs en cause offrent peu de puissance statistique et, de ce fait, l'interprétation de plusieurs variables demeure restreinte.

17.2 Résultats

17.2.1 Idées suicidaires

Près de 3,9 % de la population de 15 ans et plus du Québec (environ 222 000 individus) déclare avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois (tableau 17.1). À titre indicatif, la prévalence annuelle des idées suicidaires, estimée sans l'exclusion au numérateur et au dénominateur des sujets rapportant un parasuicide, est de 4,4 % (données non présentées).

Tableau 17.1
Présence d'idées suicidaires[1] au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
15-24 ans	6,3	31
25-44 ans	4,5	53
45-64 ans	2,7*	23
65 ans et plus	0,5**	2
Total	**3,9**	**109**
Femmes		
15-24 ans	8,5	40
25-44 ans	4,0	46
45-64 ans	2,9*	25
65 ans et plus	0,5**	2
Total	**3,9**	**113**
Sexes réunis		
15-24 ans	7,4	71
25-44 ans	4,3	99
45-64 ans	2,9	48
65 ans et plus	0,5**	4
Total	**3,9**	**222**

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les hommes et les femmes rapportent ce phénomène dans les mêmes proportions. Par contre, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires sérieuses varie inversement avec l'âge des Québécois, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 17.1). Les personnes âgées de 15 à 24 ans présentent la prévalence la plus forte – 7 individus sur 100 indiquent avoir pensé au suicide dans l'année – alors que la prévalence est inférieure à 2,9 % chez les personnes de 45 à 64 ans. Aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes de chaque groupe d'âge ne peut être mise en évidence.

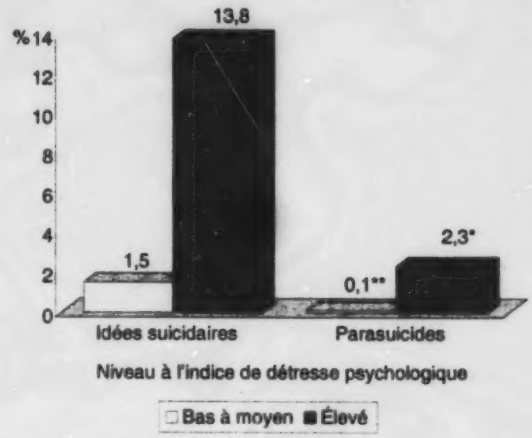
Bien que l'on observe une augmentation de la proportion de personnes rapportant avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois depuis 1987 (3,1 % en 1987, 3,7 % en 1992-1993 et 3,9 % en 1998), ces différences ne sont pas

statistiquement significatives au seuil retenu, tant pour les hommes et les femmes que pour chacun des groupes d'âge dans l'ensemble de la population (tableau 17.2).

Idées suicidaires, détresse psychologique et perception de la santé mentale

Le niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) semble être associé aux idées suicidaires sérieuses. En effet, les personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) rapportent avoir sérieusement pensé au suicide dans une plus grande proportion que les personnes se situant dans les niveaux moins élevés de l'indice de détresse psychologique (14 % c. 1,5 %) (figure 17.1). Par ailleurs, 69 % des personnes qui déclarent avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, comparativement à 18 % pour les Québécois qui n'ont pas eu de pensées suicidaires sérieuses au cours de la même période (données non présentées). Ces proportions sont essentiellement les mêmes pour les hommes et les femmes (données non présentées).

Figure 17.1
Présence d'idées suicidaires[1] ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 17.2
Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Idées suicidaires[1]			Parasuicides		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
			%			
Hommes	3,0	3,7	3,9	0,8*	0,5*	0,5*
Femmes	3,2	3,6	3,9	0,9*	0,5*	0,5*
Sexes réunis						
15-24 ans	5,4	7,3	7,4	1,9*	1,5*	1,4*
25-44 ans	3,5	4,2	4,3	0,7*	0,5*	0,5*
45-64 ans	1,5	2,0	2,8	0,5**	0,2**	0,3**
65 ans et plus	0,7**	0,6**	0,5**	0,6**	0,1**	–
Total	**3,1**	**3,7**	**3,9**	**0,9**	**0,5**	**0,5**

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Ces résultats sont concordants avec ceux liés à la perception qu'ont les gens de leur santé mentale. En effet, moins la santé mentale est perçue comme bonne et plus la proportion de gens rapportant des idées suicidaires est élevée. Ainsi, les personnes qui qualifient leur santé mentale de bonne, très bonne ou excellente présentent un taux d'idées suicidaires de 3 %, alors que celles qui la jugent moyenne ou mauvaise rapportent avoir pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois dans des proportions de 15 % et 43 % respectivement (données non présentées).

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les personnes rapportant des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois ne se distribuent pas aléatoirement au sein de la population du Québec. Les célibataires sont proportionnellement plus nombreux à avoir pensé sérieusement au suicide (8 %) que les personnes mariées (1,8 %) et celles vivant en union de fait (3,4 %) (tableau 17.3). Par contre, les personnes veuves, séparées ou divorcées rapportent des idées suicidaires (4,6 %) dans une proportion plus élevée que les Québécois mariés. Le niveau de revenu des Québécois est aussi associé aux idées suicidaires sérieuses. La prévalence d'idées suicidaires est plus élevée chez les personnes très pauvres (8 %) que chez celles ayant un niveau de revenu moyen inférieur (3,6 %), moyen supérieur (3,2 %) ou supérieur (3,2 %). De façon semblable, les Québécois qui se perçoivent comme très pauvres sont aussi proportionnellement plus nombreux à avoir eu des idées suicidaires (15 %) que ceux qui se disent pauvres (7 %) et même encore plus que ceux percevant leurs revenus comme suffisants (2,5 %).

Les données de l'enquête ne permettent cependant pas d'affirmer que la scolarité relative est liée à la prévalence des idées suicidaires. Lorsque le statut d'activité des Québécois au cours d'une période de 12 mois est considéré, on constate que les personnes aux études sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires sérieuses (7 %) que les personnes en emploi (3,4 %) et celles tenant maison (2,6 %) ou à la retraite (1,3 %) (tableau 17.3).

Tableau 17.3
Présence d'idées suicidaires[1] au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
État matrimonial de fait	
Marié	1,8
En union de fait	3,4
Veuf, séparé ou divorcé	4,6
Célibataire	7,5
Niveau de revenu	
Très pauvre	8,3
Pauvre	5,1
Moyen inférieur	3,6
Moyen supérieur	3,2
Supérieur	3,2*
Perception de sa situation financière	
À l'aise	2,7
Suffisant	2,5
Pauvre	6,8
Très pauvre	14,8
Scolarité relative	
Plus faible	4,9
Faible	3,8
Moyenne	3,7
Élevée	3,5
Plus élevée	3,6
Statut d'activité (12 mois)	
En emploi	3,4
Aux études	7,1
Tient maison	2,6*
À la retraite	1,3*
Sans emploi	10,5

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Moyens envisagés

La majorité (56 %) des personnes qui, au cours d'une période de 12 mois, ont pensé sérieusement à se suicider révèlent qu'elles avaient prévu un moyen pour mettre fin à leurs jours (données non présentées). Aucune différence significative ne peut être décelée à cet égard entre les hommes (53 %) et les femmes (59 %) (données non présentées). Proportionnellement ce sont les médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.) qui sont le moyen le plus envisagé (45 %), alors que le véhicule moteur (29 %), l'arme à feu (28 %), la

pendaison (27 %), la section des veines (23 %), les gaz d'échappement d'un moteur (monoxyde de carbone) (20 %) sont des méthodes maintes fois envisagées par les suicidaires (tableau 17.4).

Compte tenu que les questions sur les moyens envisagés pour se suicider ne sont répondues que par les personnes ayant rapporté des idées suicidaires, il est très difficile de déceler des différences entre les sexes et par groupe d'âge qui soient statistiquement significatives. Seul le recours aux médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.) diffère significativement selon le sexe. Une proportion plus grande de femmes que d'hommes (60 % c. 28 %) ont considéré ce moyen pour mettre fin à leurs jours (tableau 17.4). Aucune différence significative quant au sexe ou à l'âge n'est enregistrée pour les autres moyens. Outre les médicaments, les femmes rapportent, en proportion, plus souvent avoir pensé à se couper les veines (30 %) et à utiliser un véhicule moteur (29 %); les hommes envisageant en plus grande proportion l'arme à feu (36 %), la pendaison (36 %), le véhicule moteur (29 %) et les médicaments (28 %).

17.2.2 Parasuicides

En 1998, la prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois est estimée à 5 personnes pour 1 000 (ou environ 29 000 individus) (tableau 17.5).

À titre indicatif, la préva ence annuelle du parasuicide estimée sans l'exclusion des sujets rapportant uniquement des idées suicidaires au dénominateur est de 4,95 pour 1 000 personnes.

Tableau 17.5
Présence de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
15-24 ans	0,9**	4
25-44 ans	0,6**	6
45-64 ans	0,4**	3
65 ans et plus	–	–
Total	**0,5***	**13**
Femmes		
15-24 ans	2,0**	9
25-44 ans	0,4**	4
45-64 ans	0,3**	2
65 ans et plus	–	–
Total	**0,5***	**15**
Sexes réunis		
15-24 ans	1,4*	13
25-44 ans	0,5*	10
45-64 ans	0,3**	5
65 ans et plus	–	–
Total	**0,5**	**29**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 17.4
Moyens[1] envisagés pour attenter à ses jours au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, personnes de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires[2], Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.)	27,8*	60,1	**45,2**
Véhicule moteur	28,5*	28,7	**28,6**
Arme à feu	36,0	20,2*	**27,5**
Pendaison	35,9	19,7*	**26,8**
Se couper les veines	15,0*	29,6	**22,9**
Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone)	20,0*	19,6*	**19,8**
Saut	20,5*	13,1*	**16,5***
Drogues ou alcool	13,4**	12,6**	**13,0***

1. Plus d'un moyen pouvait être exprimé.
2. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Si la proportion de personnes signalant un parasuicide est similaire entre les sexes, elle se présente différemment en fonction des groupes d'âge. Chez les personnes de 15 à 24 ans, on observe une prévalence plus élevée (1,4 %) que chez les autres groupes d'âge (0,5 % et 0,3 %) (tableau 17.5). Cet écart significatif entre les groupes d'âge est également noté chez les femmes uniquement. Par ailleurs, les comparaisons des prévalences selon le sexe ou l'âge doivent être interprétées avec beaucoup de prudence en raison du petit nombre de parasuicides observés.

La prévalence des parasuicides, estimée pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus en 1998 (0,5 %), se compare à celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (tableau 17.2). En 1987, la prévalence était de 0,9 % et en 1992-1993, elle était de 0,5 %. Sur le plan statistique, il n'existe pas d'écart significatif entre les prévalences estimées pour chacune des enquêtes.

Parasuicides et détresse psychologique

L'analyse des parasuicides en fonction de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) révèle une association entre ces deux variables (figure 17.1). Les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir posé un geste suicidaire que celles se classant au niveau bas à moyen de l'indice (2,3 % c. 0,1 %) (figure 17.1). Par ailleurs, 82 % des personnes qui déclarent avoir posé au moins un geste suicidaire au cours d'une période de 12 mois se classent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, comparativement à 17 % pour celles qui n'ont pas fait de tentative de suicide au cours de la même période (données non présentées).

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Le petit nombre de parasuicides déclarés dans la présente enquête ne permet pas d'établir des relations statistiquement significatives avec plusieurs caractéristiques démographiques ou socioéconomiques des individus. Néanmoins, une analyse des résultats recueillis permet de constater que les associations observées vont dans le même sens que celles notées pour les idées suicidaires. Notamment, les parasuicides semblent plus fréquents chez les célibataires que chez les individus mariés ou vivant en union de fait (données non présentées). Les prévalences de parasuicides semblent également plus élevées chez les personnes ayant une faible scolarité relative, étant très pauvres ou étant sans emploi. Il y aurait par ailleurs plus de parasuicides chez les personnes se percevant comme plus pauvres. Néanmoins, malgré l'intérêt de ces informations, elles doivent être interprétées avec circonspection car ces associations possibles pourraient également être attribuables à la proportion plus grande de jeunes qui posent des gestes suicidaires.

17.2.3 Utilisation de l'urgence à la suite de la tentative de suicide

Sur l'ensemble des personnes qui ont rapporté avoir posé un geste suicidaire, on observe que près de 4 personnes sur 10 (38 %) ont déclaré avoir été à l'urgence (données non présentées). Cette proportion est la même tant chez les hommes que chez les femmes (37 % c. 38 %) (données non présentées).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les idées suicidaires sont toujours des phénomènes très importants dans la population du Québec de 15 ans et plus. Environ 222 000 Québécois disent avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. L'augmentation observée de 3,1 % à 3,9 % entre les enquêtes de 1987 et de 1998 n'est pas significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Contrairement aux impressions coutumières, les données de la présente enquête suggèrent que les femmes ne sont pas plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires que les hommes. Ce phénomène persistant depuis l'enquête de 1987 devient de plus en plus probant. Cette similarité a aussi été notée dans la seule autre étude nationale menée en Finlande sur les idées suicidaires et les parasuicides couvrant une

période de 12 mois (Hintikka et autres, 1998). Notons cependant que la situation québécoise pourrait être assez particulière puisque, contrairement à la majorité des pays considérés dans l'étude de Weissman et autres (1999), les prévalences à vie des idées suicidaires observées chez les hommes et les femmes du Québec en 1987 ne diffèrent pas significativement (Boyer, Perrault, Légaré,1988; Légaré et autres,1995).

Les célibataires présentent une prévalence de pensées suicidaires plus élevée que les personnes mariées, celles vivant en union de fait et celles au statut matrimonial modifié (veuves, séparées ou divorcées). Ces constats sont similaires aux résultats ajustés pour le sexe et l'âge rapportés par Weissman et autres (1999), sauf pour les études menées à Edmonton, au Porto Rico, en France et à Taïwan. Puisque l'âge est associé à l'état matrimonial de fait, au niveau de revenu et au statut d'activité, les résultats présentés pour ces variables devront faire l'objet d'analyses plus poussées pour établir leurs associations uniques avec les idées suicidaires. Enfin, comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

La majorité des personnes rapportant des idées suicidaires indiquent avoir pensé à un moyen pour mettre fin à leurs jours. Les moyens envisagés, selon les circonstances, peuvent être très létaux, suggérant ainsi que, pour une proportion non négligeable de celles rapportant de telles idées, ces ruminations seraient très sérieuses. Les médicaments ont été, en proportion, plus souvent envisagés. Le véhicule moteur, l'arme à feu, la pendaison, la section des veines et les gaz d'échappement d'un véhicule moteur sont aussi des techniques souvent envisagées.

Les prévalences des parasuicides observées dans la population du Québec de 15 ans et plus (0,5 %) montrent que ces comportements sont des phénomènes moins fréquents que les idées suicidaires sérieuses, sans tentatives de suicide. Ce taux de tentatives de suicide est proche de ceux observés dans les trois études rapportant des résultats pour une même période de référence, soit variant entre 0,6 % et 1,0 %. Comme lors des deux enquêtes précédentes de Santé Québec, l'enquête de 1998 ne parvient pas à mettre en évidence une plus forte prévalence de parasuicides chez les femmes que chez les hommes, pas plus qu'elle ne le fait pour les idées suicidaires. Cette réplication, dans un contexte où la puissance statistique des données est importante, suggère que ce phénomène est relativement stable au Québec et qu'il n'existe probablement pas de différence entre les sexes quant à la prévalence des parasuicides pour une année. Les perceptions contraires proviennent probablement du fait que les hommes sont beaucoup plus à risque de suicide complété que les femmes. Rappelons cependant que la prévalence de parasuicides à vie enregistrée par l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* était statistiquement différente entre les hommes et les femmes, ces dernières présentant un taux de tentatives près de deux fois plus élevé que les hommes. Ce portrait est analogue à celui observé par Weissman et autres (1999) pour les États-Unis, Edmonton (Canada), Savigny (France), Taïwan et Christchurch (Nouvelle-Zélande).

Enfin, les relations observées entre les idées suicidaires ou les parasuicides et la détresse psychologique sont encore une fois corroborées et concordent avec plusieurs études menées à l'aide de la technique de l'autopsie psychologique montrant que plus de 75 % des victimes de suicide accompli souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois ayant précédé leur suicide (Clark et Horton-Deutsch, 1992), dont l'une menée auprès d'un échantillon québécois (Lesage et autres, 1994; Grunberg et autres,1994;). Ces résultats sont aussi concordants avec ceux de l'étude menée récemment par le Coroner du Québec montrant que 46 % des personnes décédées à la suite d'un geste suicidaire présentaient un trouble mental (St-Laurent et Tennina, 2000).

Éléments de réflexion pour la planification

La comparaison des données statistiques de décès par suicide au Québec en 1997 avec les taux de parasuicides estimés dans le cadre de la présente enquête suggère que les ratios parasuicides-suicides seraient respectivement de 64,9 chez les femmes et de 16,4 chez les hommes en 1997 (MSSS, 1999; Bureau du coroner, 1999). À proportion de parasuicides égales entre les deux sexes, cette différence entre le ratio des hommes et celui des femmes reflète en partie le fait que les hommes se retrouvent en plus grande proportion parmi les victimes de suicide, et suggère que la tentative de suicide serait un meilleur prédicteur du suicide fatal chez les hommes. Cependant, les données de la présente enquête indiquent que près de 4 suicidaires sur 10, hommes ou femmes, seraient passés par le service d'urgence d'un hôpital à la suite de leur tentative. Ce constat nous amène à proposer que ce lieu soit privilégié pour la prévention de la récidive.

Bibliographie

BEAUPRÉ, M., et D. ST-LAURENT (1998). « Deux causes de décès : le cancer et le suicide », *D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie*, Bureau de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 49-81.

BOYER, R., C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1988). « La Santé mentale » dans SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND, et autres (sous la direction de), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 123-149.

BOYER, R., et D. ST-LAURENT (1999). « Le suicide au Québec », *La revue Frontières*, vol. 12, n° 1, p. 50-53.

BUREAU DU CORONER (1999). *Rapport annuel 1998*, Gouvernement du Québec, 40 p.

CLARK, D. C., et S. L. HORTON-DEUTSCH (1992). « Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides » dans MARIS, R. W., A. L. BERMAN, J. T. MALTSBERGER et R. I. YUFIT (éd.), *Assessment and Prediction of Suicide*, The Guilford Press, New York, p. 144-182.

DYCK, R. J., R. C. BLAND, S. C. NEWMAN et H. ORN (1988). « Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton », *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, vol. 338, p. 64-71.

GRUNBERG, F., A. D. LESAGE, R. BOYER, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. M. BUTEAU et M. LOYER (1994). « Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : psychopathologie et utilisation des services médicaux », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 2, p. 25-39.

HINTIKKA, J., H. VIINAMAKI, A. TANSKANEN, O. KONTULA et K. KOSKELA (1998). « Suicidal ideation and parasuicide in the finish general population », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 98, n° 1, p. 23-27.

KERKHOF, A. J. F., et autres (1994). *Attempt suicide in Europe*, The Netherlands, DSWO Press, Leiden University, 296 p.

KREITMAN, N., A. E. PHILIP, S. GREER et C. R. BAGLEY (1969). « Parasuicide », *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 523, p. 746-747.

LÉGARÉ, G., A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 217-255.

LESAGE, A. D., R. BOYER, F. GRUNBERG, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. MÉNARD-BUTEAU et M. LOYER (1994). « Suicide and mental disorders: a case control study of young men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, p. 1063-1068.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Gouvernement du Québec, Québec, Direction de la santé publique, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Suivi de la mortalité au Québec 1976-1997*, (Collection Analyse et surveillance), Gouvernement du Québec, Québec, n° 13, 252 p.

PAYKEL, E. S., J. K. MYERS, J. J. LINDENTHAL et J. TANNER (1974). « Suicide feelings in the general population: a prevalence study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 124, p. 460-469.

RAMSAY, R., et C. BAGLEY (1985). « The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, n° 3, p. 151-167.

SAFER, D. J. (1997). « Self-reported suicide attempts by adolescents », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 9, n° 4, p. 263-269.

SCHWAB, J. J., G. J. WARHEIT et C. E. HOLZER (1972). « Suicide ideation and behavior in a general population », *Diseases of the Nervous System*, vol. 33, n° 11, p. 745-748.

ST-LAURENT, D., et S. TENNINA (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du coroner, Gouvernement du Québec, 59 p.

WEISSMAN, M. M., et autres (1999). « Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries », *Psychological Medicine*, vol. 29, n° 1, p. 9-17.

Tableau complémentaire

Tableau C.17.1
Prévalence des idées suicidaires et des parasuicides selon des enquêtes de santé auprès de la population générale

Auteurs	Lieu	Période	Prévalence
Idées suicidaires			
SCHWAB et autres (1972)	Floride, É.-U.	À vie	15,8
PAYKEL et autres (1974)	New Haven, É.-U.	À vie	2,6
RAMSAY et BAGLEY (1985)	Calgary, Canada	À vie	13,4
HINTIKKA et autres (1998)	Finlande	12 mois	
		Hommes	2,4
		Femmes	2,3
WEISSMAN et autres (1999)	États-Unis		
	Étude ECA[1]	À vie	11,2
	Étude NCS[2]	À vie	16,6
	Edmonton, Canada	À vie	11,2
	Porto Rico	À vie	9,5
	Savigny, France	À vie	14,2
	Allemagne de l'Ouest	À vie	15,6
	Beyrouth, Liban	À vie	2,1
	Taïwan	À vie	5,3
	Corée	À vie	16,2
	Christchurch, Nouvelle-Zélande	À vie	18,6
Parasuicides			
SCHWAB et autres (1972)	Floride, É.-U.	À vie	2,7
PAYKEL et autres (1974)	New Haven, É.-U.	À vie	1,1
		12 mois	0,6
RAMSAY et BAGLEY (1985)	Calgary, Canada	À vie	4,2
		12 mois	0,8
DYCK et autres (1988)	Edmonton, Canada	À vie	3,6
HINTIKKA et autres (1998)	Finlande	12 mois	
		Hommes	1,1
		Femmes	0,9
WEISSMAN et autres (1999)			
	États-Unis		
	Étude ECA[1]	À vie	3,1
	Étude NCS[2]	À vie	4,8
	Edmonton, Canada	À vie	3,6
	Porto Rico	À vie	5,9
	Savigny, France	À vie	4,9
	Allemagne de l'Ouest	À vie	3,4
	Beyrouth, Liban	À vie	0,7
	Taïwan	À vie	0,7
	Corée	À vie	3,2
	Christchurch, Nouvelle-Zélande	À vie	4,4

1. Étude du Epidemiologic Catchment Area.
2. Étude du National Comorbidity Survey.

Chapitre 18
Incapacité et limitations d'activité

Russell Wilkins
Groupe d'analyse et de modélisation de la santé
Division des études sociales et économiques, Statistique Canada

Introduction

L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, comme l'enquête *Santé Québec 1987* (Santé Québec et autres, 1988) et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec et autres, 1995), est une source d'information sur l'autonomie fonctionnelle de la population québécoise de tout âge vivant en ménage privé. L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de mesurer une dimension de handicap par rapport aux rôles de survie, soit les désavantages d'occupation, lesquels sont une composante importante de l'autonomie fonctionnelle. Elle recueille de l'information sur les journées d'incapacité et la prévalence des limitations d'activité à long terme, de même que sur leurs causes, origines, durées et conséquences.

L'un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) cible les personnes ayant subi des pertes d'autonomie, en particulier les personnes âgées. Le tableau que trace le présent chapitre devrait aider à mieux caractériser cette clientèle. Pour de plus amples renseignements sur les personnes en perte d'autonomie, voir les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Camirand et autres, à paraître), qui fournit une information complémentaire sur les besoins d'aide (comblés ou non) et sur les sources d'aide reçue pour les soins personnels et les activités instrumentales.

Dans ce chapitre, les résultats sont d'abord exprimés en journées d'incapacité, et sont ensuite présentés sous l'angle des limitations d'activité à long terme. Dans chaque cas, on commence par l'examen des données sur la prévalence, les origines et les causes de ces problèmes, suivi des comparaisons avec d'autres enquêtes et des variations selon les caractéristiques socioéconomiques.

18.1 Aspects méthodologiques

18.1.1 Indicateurs

Les questions sur l'incapacité et les limitations d'activité proviennent des sections I - Incapacité au cours des deux dernières semaines, et II - Limitation des activités, du questionnaire administré par l'intervieweur (QRI). Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1988), l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité de faire des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, le cas échéant). Elle recueille de l'information sur deux aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle : les journées d'incapacité pour des raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et les limitations d'activité à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique physique ou mentale. Les données relatives aux journées d'incapacité s'appliquent à l'ensemble des pertes d'autonomie fonctionnelle, qu'elles soient de courte ou de longue durée, alors que les limitations d'activité font plutôt état d'une perte d'autonomie à long terme; la présentation des indicateurs et des résultats respecte cette distinction.

Journées d'incapacité

L'information recueillie distingue trois niveaux d'incapacité : lourde, modérée et légère. L'incapacité est considérée comme « lourde » si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école (sans compter les journées d'incapacité lourde). L'incapacité « légère » comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités.

Les journées d'incapacité sont ainsi comptées sous forme de journées d'alitement (QRI1), de journées d'incapacité par rapport à une activité principale (QRI2) et de journées de restriction des activités habituelles (QRI3). Le nombre total de journées d'incapacité est la somme de ces journées d'incapacité lourde, modérée et légère (QRI4). En rapportant les journées d'incapacité d'un membre du ménage, le répondant devait spécifier qu'elle était le principal problème de santé en cause (QRI5) et aussi spécifier l'origine de ce problème en précisant s'il était dû à un accident ou non (QRI6). Les problèmes de santé ont été regroupés en six catégories : les problèmes ostéo-articulaires (comprenant l'arthrite, le rhumatisme, le mal de dos et autres problèmes ostéo-articulaires), les problèmes respiratoires (comprenant les affections respiratoires aiguës, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme), les traumatismes (comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles), les problèmes mentaux, les problèmes cardio-vasculaires (comprenant l'hypertension et les maladies cardiaques) et les autres problèmes. Si un accident est à l'origine des journées d'incapacités l'origine est considérée comme « externe » et toute autre origine est portée à la catégorie « autres ».

Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison et que les entrevues ont eu lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres, en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. L'information sur les journées d'incapacité peut donc être interprétée sur une base annuelle. À cet effet, on calcule une moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne, en multipliant par 26 fois le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête, moyenne que l'on rapporte à l'ensemble de la population vivant dans les ménages privés. La moyenne annuelle s'applique ainsi uniquement à l'ensemble de la population et non aux individus. Les données ne permettent pas, par ailleurs, d'estimer quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

Limitations d'activité à long terme

La limitation d'activité est ce qui restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI7, QRI8). Une personne peut être incapable d'exercer une activité principale (travailler, étudier ou tenir maison), être restreinte dans une activité principale, ou avoir d'autres limitations d'activité (QRI9 à QRI11). En rapportant la limitation d'activité d'un membre du ménage, le répondant devait spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI13); ces renseignements permettent de déterminer l'origine de la limitation. Si la limitation est due à un accident ou à une blessure, l'origine est considérée comme « externe », et toute autre origine est portée à la catégorie « autres ». Quant aux problèmes de santé ayant causé cette limitation (QRI12), ils ont été regroupés en six catégories de la même façon que les journées d'incapacité.

18.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions retenues pour ce chapitre figuraient aussi dans les deux précédentes enquêtes générales de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec. D'autres questions disponibles lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 ont été transférées à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* : il s'agit principalement des questions sur le besoin d'aide pour les soins personnels et pour les activités

instrumentales, de même que celles sur les sources d'aide reçue. Donc, on n'a pas pu reconstruire ici l'indice d'autonomie fonctionnelle tel qu'il avait été défini pour les enquêtes précédentes (Wilkins et autres, 1995) à partir des questions restantes de l'enquête de 1998. Pour un indice similaire mais non identique, voir les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Camirand et autres, à paraître).

18.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour chacune des questions et pour les indices qui en découlent est inférieur à 5 %.

Pour les limitations d'activité, on a calculé des taux et des proportions. Pour les journées d'incapacité, on a calculé des moyennes et des proportions. Dans les deux cas, l'enquête n'a pu détecter que rarement des différences significatives à cause de la petite taille de l'échantillon par rapport à la rareté de la condition.

Les données de prévalence sont présentées selon l'âge et le sexe, mais ni les comparaisons avec d'autres enquêtes, ni les comparaisons selon d'autres facteurs (tels que les causes ou les caractéristiques socio-économiques) n'ont été ajustées en fonction de l'âge.

Une autre limite de ces données provient du fait que les personnes hébergées en institution pour des raisons de santé, qui sont toutes limitées dans leurs activités et pour la plupart très âgées, ne figurent pas dans l'échantillon de la présente enquête, lequel ne porte que sur les ménages privés non collectifs.

18.2 Résultats

18.2.1 Journées d'incapacité

Prévalence

En 1998, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne est estimée à 15 jours pour les hommes, à 19 jours pour les femmes et à 17 jours pour l'ensemble de la population (tableau 18.1). Le nombre total de journées d'incapacité augmente considérablement selon l'âge; il passe d'environ 8 jours chez les personnes de 15 à 24 ans à 17 jours chez celles de 25 à 44 ans, et d'environ 21 jours chez les personnes de 45 à 64 ans à 41 jours chez celles de 75 ans et plus.

Tableau 18.1
Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1998

	Jours
Hommes	
0-14 ans	7,9
15-24 ans	6,7
25-44 ans	14,3
45-64 ans	18,9
65-74 ans	29,0
75 ans et plus	34,5
Total	**14,7**
Femmes	
0-14 ans	7,5
15-24 ans	9,3
25-44 ans	19,9
45-64 ans	23,5
65-74 ans	26,9
75 ans et plus	45,0
Total	**19,0**
Sexes réunis	
0-14 ans	7,7
15-24 ans	7,9
25-44 ans	17,1
45-64 ans	21,3
65-74 ans	27,9
75 ans et plus	41,3
Total	**16,9**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Ces journées d'incapacité se composent d'environ quatre jours d'alitement, de sept autres jours pendant lesquels les personnes ont été incapables d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école et de six jours où elles ont dû modérer leurs activités (tableau 18.2). La moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement est, sans être significative, un peu plus élevée chez les femmes (4 jours c. 3 jours) que chez les hommes, alors que le nombre de journées d'incapacité légère est environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (8 jours c. 4 jours).

Tableau 18.2
Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

	Lourde[1]	Modérée[2]	Légère[3]	Total
		Jours		
Hommes	3,3	6,9	4,4	14,7
Femmes	3,8	7,0	8,2	19,0
Total	**3,6**	**6,9**	**6,3**	**16,9**

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Durée, origines et causes

L'enquête permet d'estimer que plus de la moitié de toutes les journées d'incapacité (55 %) sont attribuables aux personnes ayant une limitation d'activité à long terme, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 18.3). L'autre moitié reflète une incapacité de courte durée, puisque ces journées sont rapportées pour des personnes n'ayant pas de limitation d'activité à long terme. Par ailleurs, la proportion des journées d'incapacité d'origine externe, c'est-à-dire résultant d'un accident, est estimée à 16 %. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (23 % c. 10 %) et varie aussi selon l'âge : la fréquence la plus élevée de journées d'incapacité d'origine externe se retrouve chez les hommes âgés de 15 à 44 ans (34 %) (données non présentées). Quant aux causes spécifiques, les problèmes ostéo-articulaires et les maladies respiratoires sont responsables de la plus grande proportion des journées d'incapacité (soit environ 18 % et 17 % respectivement). La proportion des journées d'incapacité dues aux causes accidentelles est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (15 % c. 7 %).

Tableau 18.3
Durée, origines et causes des journées d'incapacité selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
		%	
Durée			
Long terme[1]	54,0	55,0	**54,6**
Court terme[2]	46,0	45,0	**45,4**
Origine			
Externe	22,6	10,1	**15,5**
Autres	77,4	89,9	**84,5**
Cause			
Ostéo-articulaire	16,4	19,3	**18,1**
Respiratoire	16,5	18,1	**17,4**
Traumatismes	15,1	6,9	**10,4**
Mentale	7,0*	8,3	**7,8**
Cardiovasculaire	8,6*	5,6*	**6,9**
Autres	36,4	41,7	**39,4**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

1. Journées d'incapacité parmi les personnes avec limitation d'activité.
2. Journées d'incapacité parmi les personnes sans limitation d'activité.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comparaison avec d'autres enquêtes

Depuis l'enquête *Santé Canada 1978* jusqu'à l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement par personne a peu évolué (tableau 18.4).

Tableau 18.4

Moyenne annuelle de journées d'alitement et de journées d'incapacité totale par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1978 à 1998

		Jours					
		Alitement			Total		
Année	Enquête	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1998	Enquête sociale et de santé	3,3	3,8	**3,6**	14,7	19,0	**16,9**
1996	Enquête nationale sur la santé de la population	2,8	3,1	**3,0**	12,8	16,4	**14,6**
1994	Enquête nationale sur la santé de la population	2,1	4,1	**3,1**	15,2	17,9	**16,6**
1992-1993	Enquête sociale et de santé	2,3	3,8	**3,1**	13,4	17,3	**15,4**
1987	Enquête Santé Québec	2,8	4,0	**3,4**	13,5	16,3	**14,9**
1978	Enquête Santé Canada	2,1	4,2	**3,2**	10,4	18,5	**14,5**

Sources : Compilations spéciales : pour une information complémentaire sur ces enquêtes, voir Enquête Santé Canada (1981), Santé Québec et autres (1988, 1995), Millar et autres (1995), Statistique Canada (1998), Lapointe et autres (1999).

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Cependant, la moyenne totale annuelle de journées d'incapacité par personne (alitement ou non) semble à la hausse (de 15 à 17 jours), d'où on déduit que le nombre de journées d'incapacité modérée ou légère s'accroît (puisque ce dernier est égal au nombre total moins le nombre avec alitement). Les journées d'incapacité selon le sexe, l'âge et le genre d'incapacité d'après les enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 de Santé Québec sont présentées au tableau C.18.1.

Variations selon les caractéristiques socioéconomiques

Le nombre de journées d'incapacité est associé aux caractéristiques socioéconomiques des individus. Ainsi, la moyenne annuelle des journées d'incapacité diminue d'environ la moitié, entre les niveaux de revenu très pauvre et supérieur : les personnes très pauvres ont une moyenne annuelle de 29 journées d'incapacité par personne, dont environ 7 passées au lit, alors que les mieux nanties ne présentent que 12 journées d'incapacité par personne dont 3 journées d'alitement (tableau 18.5).

Selon la scolarité relative, les différences au niveau des journées d'incapacité semblent un peu moins prononcées que celles selon le niveau de revenu : les personnes les plus scolarisées déclarent en moyenne 14 journées d'incapacité comparativement à 23 journées chez les moins scolarisées.

La variation du nombre de jours d'incapacité selon le statut d'activité habituel est évidemment associée à l'âge des individus. Il est cependant intéressant de souligner que les étudiants et les personnes occupant un emploi ont un nombre de jours d'incapacité moindre (8 et 12 jours respectivement), tandis que les personnes sans emploi et à la retraite en ont davantage (73 et 32 jours). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux groupes précités (23 jours).

Selon la catégorie professionnelle, on ne détecte pas de différences significatives entre les groupes quant aux journées d'incapacité. Par contre, tous ces groupes professionnels présentent néanmoins un nombre de journées d'incapacité nettement inférieur à celui des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

Selon la langue maternelle, les allophones ont moins de journées d'incapacité (11 jours) comparativement aux francophones et aux anglophones (19 jours et 16 jours respectivement, mais la différence entre anglophones et francophones n'est pas significative).

Tableau 18.5
Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et selon certaines caractéristiques socioéconomiques, sexes réunis, population en ménage privé, Québec, 1998

	Lourde[1]	Modérée[2]	Légère[3]	Total
	Jours			
Niveau de revenu				
Très pauvre	6,5	10,5	12,2	**29,3**
Pauvre	6,4	10,0	8,4	**24,8**
Moyen inférieur	3,5	6,9	6,4	**16,7**
Moyen supérieur	2,5	5,8	5,1	**13,3**
Supérieur	2,6	5,3	4,2	**12,1**
Scolarité relative (15 ans et plus)				
Plus faible	4,3	11,0	8,2	**23,4**
Faible	3,3	8,5	5,0	**16,9**
Moyenne	2,6	8,2	6,7	**17,6**
Élevée	3,9	7,2	7,0	**18,1**
Plus élevée	2,5	5,4	5,9	**13,8**
Statut d'activité habituel (15 ans et plus)				
Aux études	2,1	2,4	3,7	**8,2**
En emploi	2,0	5,5	4,2	**11,6**
Tient maison	4,0	6,8	12,6	**23,4**
Sans emploi	12,3	43,0	17,2	**72,5**
À la retraite	7,2	12,4	12,0	**31,6**
Catégorie professionnelle (15 ans et plus)				
Professionnel et cadre supérieur	2,0	4,3	3,8	**10,1**
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	1,6	4,1	4,2	**9,9**
Employé de bureau, de commerce et de service	2,4	5,2	4,7	**12,2**
Contremaître et ouvrier qualifié	1,9	7,3	3,0	**12,2**
Ouvrier non qualifié et manœuvre	1,8	6,9	3,9	**12,6**
Langue maternelle (15 ans et plus)				
Français	3,3	8,5	6,9	**18,7**
Anglais	3,2	5,7	7,4	**16,3**
Autres	2,0	4,7	4,3	**11,1**

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

18.2.2 Limitations d'activité à long terme

Prévalence

L'*Enquête sociale et de santé 1998* estime à environ 9 % la proportion de Québécois de tout âge ayant des limitations d'activité pour des raisons de santé, mais cette proportion s'élève à environ 27 % chez les 75 ans et plus, et la proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (10 % c. 8 %) (tableau 18.6). Ces limitations d'activité peuvent être considérées comme des limitations « à long terme », même si ce n'est pas toujours le cas. En effet, lors des précédentes enquêtes générales de Santé Québec, les limitations d'activité ont été compilées selon la durée de la limitation, et dans au moins 90 % des cas, ces limitations duraient depuis au moins six mois (Wilkins et Sauvageau, 1988; Wilkins et autres, 1995).

Les personnes ayant une limitation d'activité à long terme présentent un nombre moyen annuel de journées d'incapacité par personne beaucoup plus élevé que les personnes sans limitation (tableau 18.7). Dans le premier groupe, ce nombre moyen est estimé à 99 jours par personne, y compris 18 journées d'alitement, alors que chez les personnes sans limitation, l'estimation est plutôt de 8 journées d'incapacité par personne, incluant 2 journées d'alitement.

Tableau 18.6
Évolution des taux de limitations d'activité selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe
		%		'000
Hommes	7,1	6,4	8,2	290
Femmes	7,6	8,0	10,4	376
Sexes réunis				
0-14 ans	3,1	2,2	2,3	31
15-24 ans	3,1	3,6	4,0	39
25-44 ans	5,3	6,1	7,4	172
45-64 ans	13,4	10,2	14,0	239
65-74 ans	16,8	17,2	20,3	107
75 ans et plus	21,7	22,7	26,7	77
Total	**7,4**	**7,2**	**9,3**	**665**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 18.7
Journées d'incapacité selon le genre d'incapacité, la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

	Lourde[1]	Modérée[2]	Légère[3]	Total
		Jours		
Hommes				
Limités dans les activités	18,8	54,0	24,5	97,3
Non limités dans les activités	1,9	2,8	2,7	7,3
Femmes				
Limitées dans les activités	18,1	44,2	38,2	100,5
Non limitées dans les activités	2,2	2,6	4,7	9,5
Sexes réunis				
Limités dans les activités	18,4	48,4	32,3	99,1
Non limités dans les activités	2,1	2,7	3,7	8,4

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Causes et origines

Les causes principales des limitations d'activité sont, par ordre décroissant d'importance : les problèmes ostéo-articulaires (27 %), les maladies cardiovasculaires (14 %), les maladies respiratoires (11 %), les traumatismes (8 %) et les problèmes d'ordre mental (8 %) (tableau 18.8). Depuis 1987, l'importance relative des problèmes respiratoires et mentaux augmente, et celle des problèmes ostéo-articulaires a tendance à augmenter. Par contre, l'importance relative des traumatismes et des maladies cardiovasculaires a tendance à diminuer.

Environ 18 % des limitations sont d'origine externe (accidentelle) et 82 % sont dues à d'autres causes telles que les anomalies congénitales ou les maladies chroniques dégénératives (tableau 18.8).

Tableau 18.8
Causes et origines des limitations d'activité, personnes avec limitations d'activité vivant en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000
Cause				
Ostéo-articulaire	24,0	26,6	26,8	178
Cardiovasculaire	15,9	13,1	13,7	91
Respiratoire	7,6	12,9	10,7	71
Mentale	5,6	6,0	8,3	55
Traumatismes	10,3	7,3	8,2	54
Autres	36,7	34,3	32,3	216
Origine				
Externe	21,9	18,7	18,3	123
Autres	78,1	81,3	81,7	543
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**665**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comparaison avec d'autres enquêtes

Qu'en est-il des changements entre 1987 et 1998 sur le plan de la prévalence des limitations d'activité à long terme dans la population vivant en ménage privé au Québec? D'après les enquêtes générales de Santé Québec, les proportions de la population avec limitation d'activité sont relativement comparables en 1987 et 1992-1993, et ce, chez les deux sexes. Mais entre 1992-1993 et 1998, la proportion a augmenté chez les hommes et chez les femmes (tableau 18.6). De 1987 à 1998, les hausses les plus importantes se situent chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, mais ces différences ne sont pas significatives (sans doute à cause du faible nombre d'effectifs pour ces groupes d'âge dans l'échantillon).

De nombreuses enquêtes canadiennes sur l'incapacité à long terme présentent des résultats similaires. Des compilations spéciales de 14 enquêtes nationales ont été faites concernant la ou les questions les plus semblables à celles de Santé Québec sur les limitations d'activité (Enquête Santé Canada, 1981; Statistique Canada, 1986, 1987, 1988, 1994, 1998; Santé Québec et autres, 1988, 1995; Lapointe et autres, 1999). Cette comparaison porte uniquement sur la population de 15 ans et plus et le tableau 18.9 en présente les résultats.

Tableau 18.9
Évolution des taux de limitations d'activité, population de 15 ans et plus, en ménage privé, Québec, 1978 à 1998

Année	Enquête ou recensement	%
1998	Enquête sociale et de santé	10,9
1996	Enquête sociale générale	12,9
1996	Enquête nationale sur la santé de la population	10,9
1994	Enquête nationale sur la santé de la population	14,0
1992-1993	Enquête sociale et de santé	8 5
1991	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	9,1
1991	Recensement du Canada	9,6
1991	Enquête sociale générale	10,3
1987	Enquête Santé Québec	8,5
1986	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	8,7
1986	Recensement du Canada	8,2
1985	Enquête sociale générale	8,4
1983	Enquête sur la santé et les incapacités[1]	7,6
1978	Enquête Santé Canada[2]	12,5

1. Pourcentage restant dans un échantillon de personnes filtrées préalablement par une série de questions-écran sur l'incapacité.
2. Ces questions n'étaient pas tout à fait comparables à celles des autres enquêtes. Les personnes dont l'activité principale était « à la retraite pour des raisons de santé » ne répondaient pas aux questions sur l'incapacité; elles étaient automatiquement classées comme limitées dans leurs activités. Cela avait pour effet d'augmenter le nombre de personnes classées comme limitées.

Sources : Compilations spéciales : pour une information complémentaire sur ces enquêtes, voir Enquête Santé Canada (1981), Statistique Canada (1986, 1987, 1988, 1994, 1998), Santé Québec et autres (1988, 1995), Millar et autres (1995), Lapointe et autres (1999).
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Selon les quatre enquêtes menées au Québec de 1985 à 1987, la proportion estimée de la population limitée dans ses activités variait entre 8,2 % et 8,7 %. L'enquête *Santé Québec 1987* situait cette proportion à 8,5 %. Les quatre enquêtes menées au Québec de 1991 à 1993 estimaient cette proportion entre 8,5 % et 10,3 %. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* la situait à 8,5 %. Plus récemment, les quatre enquêtes menées au Québec de 1994 à 1998 estiment cette proportion entre 10,9 % et 14,0 %. L'*Enquête sociale et de santé 1998* l'estime à 10,9 %. Les résultats des enquêtes de Santé Québec se situent donc dans la fourchette des autres résultats, pour chaque période concernée. De plus, la hausse d'environ deux points de pourcentage dans la proportion de la population limitée dans ses activités, observée dans les enquêtes de Santé Québec, semble confirmée par les autres enquêtes.

Variations selon les caractéristiques socioéconomiques

En ce qui concerne les disparités socioéconomiques (tableau 18.10), l'enquête indique que la prévalence de la limitation d'activité à long terme varie selon le niveau économique. Ainsi, la proportion de la population ayant une telle limitation est plus élevée chez les personnes très pauvres (17 %) que chez les personnes dont le niveau de revenu est supérieur (6 %).

Tableau 18.10
Taux de limitations d'activité selon certaines caractéristiques socioéconomiques et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Niveau de revenu			
Très pauvre	16,0	17,8	**16,9**
Pauvre	12,7	15,7	**14,4**
Moyen inférieur	9,0	10,0	**9,5**
Moyen supérieur	5,4	8,2	**6,8**
Supérieur	6,0*	6,4*	**6,2**
Scolarité relative (15 ans et plus)			
Plus faible	12,2	17,7	**14,9**
Faible	10,2	10,6	**10,4**
Moyenne	8,6	10,5	**9,6**
Élevée	7,9	11,9	**9,7**
Plus élevée	5,3	9,0	**7,2**
Statut d'activité habituel (15 ans et plus)			
Aux études	2,7*	5,4*	**4,1**
En emploi	4,3	6,1	**5,1**
Tient maison	16,1*	14,8	**14,9**
Sans emploi	35,1	47,6	**40,1**
À la retraite	23,4	24,4	**23,9**
Catégorie professionnelle (15 ans et plus)			
Professionnel et cadre supérieur	3,1**	6,3**	**4,7***
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	3,8*	5,5*	**4,6**
Employé de bureau, de commerce et de service	4,3*	6,3*	**5,6**
Contremaître et ouvrier qualifié	3,9	4,0**	**3,9**
Ouvrier non qualifié et manœuvre	6,1*	6,8**	**6,3**
Langue maternelle (15 ans et plus)			
Français	9,3	12,1	**10,8**
Anglais	7,3*	12,2	**9,8**
Autres	5,6*	9,1	**7,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

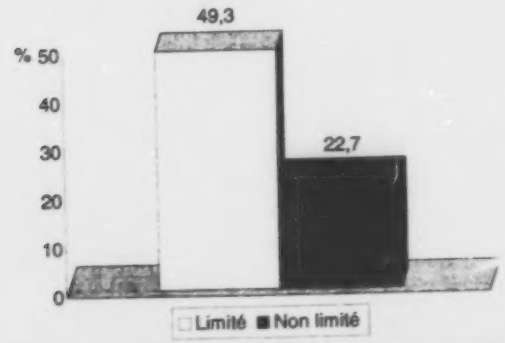
La prévalence varie aussi selon la scolarité relative. Seulement 7 % des personnes classées au plus haut niveau de scolarité ont une limitation d'activité à long terme, cette proportion atteignant 15 % chez les personnes du niveau le plus bas. Selon le statut d'activité habituel, les personnes au travail ou aux études présentent les plus faibles prévalences de limitations d'activité à long terme (5 % et 4 % respectivement), tandis que les personnes sans emploi et celles à la retraite affichent les prévalences les plus élevées (40 % et 24 %). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux groupes (15 %).

Parmi les personnes ayant un emploi, la prévalence de limitations d'activité ne varie pas beaucoup selon la profession, le taux oscillant entre 4 % et 6 %, le taux le plus élevé étant observé dans la catégorie ouvrier non qualifié et manœuvre (6 %). De cette façon, dans toutes les catégories professionnelles, la prévalence est nettement inférieure à celle des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

Variations selon certains autres facteurs

La consultation d'un professionnel de la santé est plus répandue chez les personnes ayant une limitation d'activité que chez celles qui n'en ont pas (figure 18.1).

Figure 18.1
Consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population en ménage privé, Québec, 1998

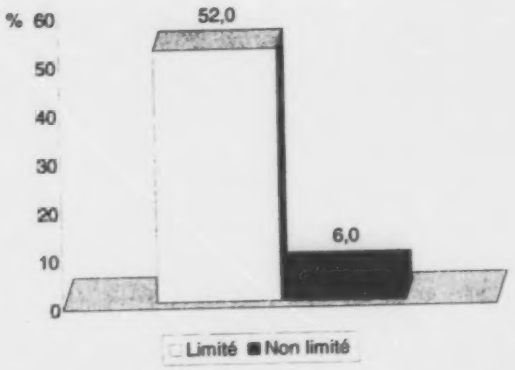


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Presque la moitié (49 %) de l'ensemble des personnes limitées dans leurs activités ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, comparativement à moins d'une personne sur quatre (23 %) chez les personnes sans aucune limitation d'activité.

La perception de la santé varie également selon la présence ou l'absence de limitations à long terme (figure 18.2), les personnes limitées étant proportionnellement plus nombreuses à considérer leur santé comme « moyenne ou mauvaise » (52 % c. 6 %).

Figure 18.2
Perception de l'état de santé comme moyen ou mauvais selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le tableau 18.11 présente enfin deux indicateurs de non-satisfaction pour certains aspects de la vie sociale, lesquels varient aussi beaucoup selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme. Ces indicateurs concernent la non-satisfaction face à la vie sociale en général et la non-satisfaction dans les relations avec les amis. On observe que les personnes ayant déclaré être limitées dans leurs activités sont proportionnellement plus nombreuses à être non satisfaites face à leur vie sociale (27 % c. 11 %) et dans leurs relations avec les amis (16 % c. 8 %) que celles qui ne sont pas limitées.

Tableau 18.11
Indicateurs de non-satisfaction pour certains aspects de la vie sociale selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998

	Personnes non satisfaites	
	De la vie en général[1]	Des relations avec leurs amis
	%	
Non limité dans les activités	11,4	8,4
Limité dans les activités	27,2	15,7
Total	**13,1**	**9,2**

1. Le pourcentage de personnes non satisfaites de la vie en général comprend aussi la catégorie « plutôt insatisfait ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Journées d'incapacité

Dans la population vivant en ménage privé au Québec, les résultats des enquêtes de Santé Québec indiquent qu'entre 1987 et 1998 le nombre de journées d'alitement par personne (moyenne annuelle) a augmenté chez les hommes, mais non chez les femmes, tandis que le nombre d'autres journées d'incapacité a augmenté chez les deux sexes.

En ce qui concerne le taux global d'incapacité, il y a donc une tendance à la hausse des déclarations et une certaine variabilité entre les enquêtes. Relativement à l'évolution de l'incapacité selon la sévérité de l'incapacité et selon le genre de dépendance, il serait bien de comparer les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* à ceux des enquêtes canadiennes sur les limitations d'activité (de 1986 et de 1991). On sait qu'entre 1987 et 1993-1994, considérés dans leur ensemble, les résultats suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué au sein de la population québécoise, mais qu'il y avait néanmoins une prévalence accrue pour les formes moins graves (Wilkins et autres, 1995).

Par rapport aux journées d'incapacité, la position favorable des allophones s'explique, du moins en partie, par la plus grande proportion d'immigrants parmi eux (Chen et autres, 1996), probablement à cause de très forts effets de sélection des immigrants pour des facteurs reliés à la santé. Il serait possible, par ailleurs, d'évaluer l'importance des immigrants de première et de deuxième génération par rapport à cet indice, en recompilant les données de l'enquête selon la langue maternelle et le groupe ethnoculturel. Si la différence n'est que partiellement expliquée, on pourrait ensuite procéder à une analyse multivariée en tenant compte aussi d'autres facteurs tels que la scolarité relative, le niveau du revenu et l'âge.

Limitations d'activité à long terme

De 1987 à 1998, la proportion de la population avec limitation d'activité à long terme a augmenté chez les deux sexes, surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les taux d'incapacité à long terme varient non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais aussi selon d'autres caractéristiques socioéconomiques, quoique ces écarts soient parfois reliés, au moins en partie, aux différences dans la structure par âge de ces groupes. Par rapport à l'ensemble de la population, la prévalence des limitations d'activité est plus élevée chez les personnes pauvres, les personnes les moins scolarisées, les ouvriers et les personnes sans emploi ou à la retraite, et les francophones.

Les problèmes ostéo-articulaires sont la plus importante cause des limitations à long terme dans les activités (27 % du total), suivis par les problèmes cardiovasculaires (14 %). De plus, 18 % des limitations à long terme sont d'origine externe (accidentelle).

Lors de la prochaine enquête sociale et de santé, il sera important de poser l'ensemble des questions sur l'autonomie fonctionnelle utilisées dans l'enquête de 1992-1993, afin de permettre une reprise du calcul de l'indice hiérarchique d'autonomie fonctionnelle et de l'espérance de vie en santé (Wilkins et autres, 1995).

Éléments de réflexion pour la planification

Les répercussions de ces changements sur les services de santé semblent claires : à mesure que la population vieillit et que la taille de la population très âgée augmente, on peut prévoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile, de même que de services institutionnels d'hébergement. De plus, il est raisonnable de supposer que les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique auront des besoins d'aide plus grands à cause de leurs taux d'incapacité plus élevés. C'était le cas lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Wilkins et autres, 1995), mais il faudrait se référer aux résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Gosselin et autres, à paraître) afin d'estimer la distribution de ces besoins en 1998.

Selon les données du recensement de 1996, à partir de l'âge de 75 ans, 17 % de la population du Québec est hébergée en institution de santé (c'est-à-dire, dans un centre d'accueil, dans un autre établissement de soins résidentiels, dans un hôpital pour soins prolongés) (compilations spéciales du recensement du Canada de 1996 fournies par Robert Choinière de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre). Ces personnes ne sont pas enquêtées lors des enquêtes de ménage, mais elles représentent une partie importante de la population ayant besoin d'aide, surtout pour les soins personnels (Chen et Wilkins, 1998). Un portrait complet de la population québécoise en perte d'autonomie fonctionnelle devrait tenir compte de toutes ces personnes, peu importe leur mode de résidence.

Afin de planifier des stratégies visant à réduire les conséquences négatives des problèmes de santé, les concepts de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988) permettent de discerner plusieurs points d'intervention. On peut prévenir les maladies et les traumatismes à l'origine des déficiences et des incapacités, ou en réduire leurs conséquences. Par exemple, en assurant l'aide technique nécessaire et l'accès aux séances de réadaptation, on peut faire en sorte qu'une déficience ne se transforme pas en incapacité. On peut aussi diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles qu'en soient l'origine et la nature. Cette approche vise à éliminer les obstacles que rencontrent les personnes ayant des incapacités dans leurs environnements physique et social, obstacles qui gênent l'exécution de leurs rôles sociaux.

Bibliographie

CAMIRAND, J., et autres (à paraître). *Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

CHEN, J., et R. WILKINS (1998). « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 1, p. 41-53, Errata dans *Rapports sur la santé* 1998, vol. 10, n° 2, p. 71.

CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, p. 37-50.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA (1981). *La santé des Canadiens*, Ottawa, Statistique Canada (catalogue 82-538F), Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

GOSSELIN, C., R. CHONIÈRE et R. WILKINS (à paraître). « Le désavantage lié aux incapacités » dans CAMIRAND, J., et autres. *Rapport de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE et L. CÔTÉ (1999). *Enquête sociale et de santé 1998, Aspects statistiques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 54 p.

MILLAR, W., M. P. BEAUDET, J. CHEN, E. NG, R. WILKINS et G. CATLIN (1995). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada (catalogue 82-565), Ministre de l'Industrie.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris, CTNHERI-INSERM.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1986). *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984* (catalogue 82-555F), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

STATISTIQUE CANADA (1987). *Santé et aide du milieu, 1985* (Enquête sociale générale, série analytique, catalogue 11-612F, n° 1), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

STATISTIQUE CANADA (1988). *L'enquête sur la santé et les limitations d'activités : données sélectionnées, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Programme de la base de données sur l'incapacité, Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (1994). *L'état de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991* (catalogue 11-612F, n° 8), Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

STATISTIQUE CANADA (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997* (catalogue 82-567), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

WILKINS, R., et Y. SAUVAGEAU (1988). « Incapacité » dans SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (sous la direction de), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 175-192.

WILKINS, R., M. ROCHON et P. LAFONTAINE (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 279-311.

Tableau complémentaire

Tableau C.18.1
Évolution de la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe, l'âge et le genre d'incapacité, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		Jours	
Hommes	13,5	13,4	14,7
Femmes	16,3	17,3	19,0
Sexes réunis			
0-14 ans	6,6	6,6	7,7
15-24 ans	7,8	7,8	7,9
25-44 ans	14,0	14,6	17,1
45-64 ans	23,6	20,8	21,3
65-74 ans	26,3	29,5	27,9
75 ans et plus	37,8	40,2	41,3
Genre d'incapacité			
Lourde[1]	3,4	3,1	3,6
Modérée[2]	5,9	5,7	6,9
Légère[3]	5,7	6,6	6,3
Total	**14,9**	**15,4**	**16,9**

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
3. A dû modérer ses activités.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Recours aux services sociaux et de santé

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Consommation de médicaments

Vaccination contre la grippe

Chapitre 19

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Marc-André Fournier
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal

Jacques Piché
Direction de la main-d'œuvre médicale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Le recours aux services de santé peut être considéré comme un déterminant de la santé au même titre que les facteurs biologiques et socioéconomiques, les habitudes de vie ainsi que l'environnement physique et social dans lequel vivent les individus (Andersen et Newman, 1973; Donabedian, 1973; Institut canadien des recherches avancées, 1991; Evans et Stoddart, 1990).

Dans un régime universel d'assurance maladie comme celui dont le Québec s'est doté, on doit alors se demander si les individus ont accès aux services dont ils ont besoin pour faire face à leurs problèmes de santé. Comme les ressources qu'une société consacre aux services sociaux et de santé sont limitées, on doit chercher à ce que celles-ci soient utilisées de la façon la plus équitable possible. En d'autres termes, le niveau et le type de services utilisés doivent dépendre avant tout des besoins de la personne et non pas de ses caractéristiques personnelles et de ses conditions de vie (âge, sexe, revenu, scolarité, etc.), de son lieu de résidence ou des modalités organisationnelles du système de santé (Andersen, 1995).

On doit se demander alors si les transformations qu'a subies notre système de santé au cours des dernières années (virage ambulatoire, etc.) et la réduction du niveau de financement (qui s'est traduite, entre autres, par le départ à la retraite d'un nombre important de professionnels de la santé et des services sociaux) ont eu un impact sur l'accès à ces professionnels. Plus particulièrement, il faut chercher à voir si le taux de consultation de l'ensemble de la population pour chaque type de professionnels a changé et jusqu'à quel point certaines catégories de personnes auraient été davantage touchées que d'autres.

Le présent chapitre aborde la question de l'accès aux services selon les trois dimensions proposées dans le modèle de Kasper (1998) : le niveau d'équité d'accès aux services, les barrières à l'équité et la perception des usagers sur les barrières à l'accès aux services. La première dimension vise à évaluer si les variations dans l'utilisation des services reflètent les différences dans les besoins des individus et non pas les différences dans les caractéristiques personnelles (revenu, sexe, etc.). On postule alors que différentes mesures (perception de l'état de santé, présence d'un problème de santé, etc.) sont des indicateurs de besoins en services. La deuxième porte sur les contraintes organisationnelles découlant des structures et du mode de fonctionnement du système de santé qui pourraient influer sur l'équité (distance à parcourir, ressources disponibles, système d'assurance, etc.). Enfin, au-delà des jugements normatifs sur l'accès aux services de santé, la troisième dimension porte sur la perception qu'ont les usagers au sujet de l'accessibilité et de la qualité de ces services.

Bien qu'elles ne présentent pas un tableau complet du recours aux services, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* apportent un certain éclairage sur la capacité du système de santé et de services sociaux de répondre aux besoins de la population. Elles permettent de comparer le niveau de recours aux services des différents types de professionnels selon

les caractéristiques sociodémographiques des individus, leurs conditions de vie, leur état de santé, leur région de résidence, les motifs et le lieu des consultations. Elles permettent également de mieux connaître les modalités d'accès aux services médicaux (avec ou sans rendez-vous) et la perception des répondants à l'égard du niveau d'acceptabilité de la période de temps écoulé pour obtenir une consultation auprès d'un médecin.

L'enquête contient donc des renseignements sur le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux que ne peuvent fournir les banques de données provenant de fichiers administratifs. En effet, ceux-ci ne portent que sur certains types de professionnels, presque exclusivement les médecins, et contiennent très peu de renseignements sur les caractéristiques des utilisateurs.

Les données de l'enquête peuvent fournir, aux planificateurs et aux décideurs, un éclairage qui leur permettra de mieux orienter les prises de décision visant à réduire les problèmes d'équité d'accès aux services sociaux et de santé et de s'assurer que les ressources appropriées seront disponibles au cours des prochaines années de manière à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante. Ces données permettent aussi de suivre l'évolution du niveau d'utilisation des services sociaux et de santé depuis l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Dans le présent chapitre, on analyse le recours aux services de professionnels, de façon générale, en examinant le taux de consultation d'au moins un professionnel, puis en distinguant les médecins des autres professionnels et en précisant le type de professionnels lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats sont analysés selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, scolarité relative, niveau de revenu, groupe ethnoculturel, type de région) et d'après certains indicateurs de l'état de santé de la population (problèmes de santé, incapacités, détresse psychologique, perception de l'état de santé) ainsi que selon les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous, temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin, niveau d'appréciation du temps attente) et l'accessibilité géographique (distance parcourue, temps du déplacement pour se rendre à une consultation).

19.1 Aspects méthodologiques

19.1.1 Indicateurs

Les données relatives au présent chapitre sont tirées des sections III (recours aux services de santé ou aux services sociaux) et IX (questions sur les problèmes de santé déclarés) du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), lequel concernait l'ensemble de la population.

La mesure du recours aux professionnels de la santé se fonde principalement sur le fait que les répondants aient consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La mesure utilisée est le taux de consultation, soit le pourcentage de la population qui s'est adressée à un professionnel des services sociaux et de la santé. Quatorze questions (QRI16 à QRI29) permettent de dresser l'éventail des professionnels consultés. Douze d'entre elles concernent spécifiquement une seule catégorie de professionnels, alors que les deux autres portent sur un regroupement de catégories de professionnels. Ainsi, les « praticiens de médecine non traditionnelle » incluent les sages-femmes, les naturopathes, les ostéopathes et les homéopathes; une dernière catégorie comprend les professionnels autres que ceux déjà précisés dans le questionnaire.

Les données relatives au lieu et au motif du problème à l'origine de la dernière consultation ne portent que sur la dernière consultation d'un professionnel (QRI30 à QRI32). Le fait de ne considérer que la dernière consultation ne nuit en rien à la comparaison des taux des différents types de professionnels consultés. D'une part, la très grande majorité des personnes déclarent avoir consulté un seul type de professionnels au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

D'autre part, la structure des taux de consultation selon le type de professionnels est semblable, qu'il s'agisse du dernier ou de tous les professionnels consultés.

Comme l'information porte sur la dernière consultation seulement, le nombre de personnes ayant consulté correspond, aux fins de l'analyse, à un nombre de consultations; ainsi, le taux de consultation désigne indifféremment les personnes ou les consultations. En ce qui concerne les motifs de consultations, ils sont définis selon la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977).

On a analysé les modalités d'accès et le niveau d'accessibilité aux services des médecins en comparant la proportion des consultations auprès d'un médecin généraliste (QRI16a à QRI16f) et d'un médecin spécialiste (QRI17a à QRI17f) qui ont eu lieu avec ou sans rendez-vous selon le lieu de consultation, le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation et l'appréciation du temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation.

L'analyse des taux et du moment de la consultation pour tous les problèmes de santé déclarés dans les différentes sections du questionnaire provient des données de la section IX du QRI. Les déclarations correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.), qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclues de l'analyse. On compare par ailleurs également le nombre de professionnels consultés selon que le problème à l'origine de la consultation est un problème de santé de longue ou de courte durée. La définition d'un problème de longue ou de courte durée est celle employée au chapitre 13.

On a mesuré l'accessibilité géographique aux services de professionnels en comparant les taux de consultation de la population des différentes régions du Québec, la distance parcourue et le temps de déplacement nécessaire pour se rendre à ces consultations, de même que la durée de l'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin et l'opinion exprimée sur l'acceptabilité de la durée de l'attente. Le seuil de 20 kilomètres (soit 40 kilomètres pour l'aller-retour) a été choisi comme point de démarcation entre un trajet court et un trajet long. Pour ce qui est du temps de déplacement, le seuil a été fixé à 30 minutes (soit 60 minutes pour l'aller-retour).

Afin de simplifier les comparaisons, les régions ont été regroupées en quatre catégories basées sur l'éloignement des pôles urbains de Montréal et de Québec. Les régions centrales comprennent ainsi les régions de Montréal-Centre, de Laval et de Québec. Les régions en périphérie des régions centrales sont formées des régions de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie et de Chaudière-Appalaches. Les régions intermédiaires sont celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie-Bois-Franc, de l'Estrie et de l'Outaouais. Les régions éloignées se composent de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

19.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La formulation des questions portant sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé est la même que celle des deux enquêtes précédentes. Cependant, des différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Comme dans l'enquête *Santé Québec 1987*, le chiropraticien et l'acupuncteur sont considérés séparément, alors qu'ils faisaient partie des « praticiens non traditionnels » dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Le physiothérapeute et l'ergothérapeute sont également considérés séparément dans la présente enquête alors qu'ils ne constituaient qu'une seule catégorie dans les deux enquêtes précédentes. La diététiste, classée parmi les « autres professionnels » lors de l'enquête de 1987, est un type de professionnel distinct en 1992-1993 et 1998. Ces modifications ne touchent pas le taux global de consultation mais rendent difficile la comparaison par type de professionnels autres que les médecins. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » dans la liste des lieux de consultation rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les consultations en

pharmacie étaient incluses alors dans la catégorie « autre » ou « bureau privé ».

Les données de l'enquête contiennent aussi des renseignements absents des deux enquêtes précédentes sur les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous), le délai pour obtenir un rendez-vous et le niveau d'appréciation du temps d'attente par rapport à ce délai. Elles permettent aussi d'identifier un plus grand nombre de types de professionnels. Comme on l'a déjà mentionné ci-dessus, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ne sont plus regroupés et les chiropraticiens et les acupuncteurs ne sont plus inclus dans la catégorie « autres praticiens de médecine non traditionnelle ». Par ailleurs, jusqu'à trois types de professionnels peuvent être mentionnés dans cette dernière catégorie. Enfin, les données contiennent aussi des informations sur la consultation de professionnels pour les différents problèmes de santé de longue ou de courte durée. Ces données pour les problèmes de santé étaient présentes dans l'enquête *Santé Québec 1987* mais absentes de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Enfin, il faut souligner que les taux obtenus dans les trois enquêtes ne sont pas standardisés, et, par conséquent, ne tiennent pas compte du vieillissement de la population. Or, comme le recours aux services est associé à l'état de santé et que l'état de santé est aussi influencé par l'âge, on devrait s'attendre à ce que le vieillissement de la population entraîne des besoins plus grands.

19.1.3 Portée et limites des données

Comme on l'a mentionné dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, plusieurs études ont décelé la présence de biais dans la mesure de l'utilisation de services de santé lorsque l'on fait appel à la mémoire des personnes qui participent à une enquête (Camirand et autres, 1994; Hayes et autres, 1990; Cleary et Jetté, 1984; U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1977). Bien que le pourcentage d'erreurs augmente avec la longueur de la période de référence, ce taux peut quand même être important pour une période de référence de deux semaines. En jumelant les données de l'enquête *Santé Québec 1987* au fichier de facturation des médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Camirand et autres (1994) ont comparé les réponses aux questions de l'enquête portant sur la consultation d'un médecin et les consultations qui ont été facturées pour ces mêmes individus. Les résultats montrent qu'une proportion importante des consultations facturées par les médecins à la RAMQ n'ont pas été déclarées lors de l'enquête, et que cette sous-déclaration est beaucoup plus importante chez les personnes en bonne santé que chez celles en mauvaise santé. Par contre, le taux de sous-déclaration ne varie pas de façon significative selon les caractéristiques sociodémographiques et le niveau de revenu. La sous-déclaration n'influerait donc pas sur la validité des résultats portant sur le niveau relatif de consultation entre les catégories à l'intérieur de ces variables indépendantes. Toutefois, comme l'ont observé Camirand et autres (1994), même si la sous-déclaration est compensée, en bonne partie, par une surdéclaration, c'est-à-dire le fait d'avoir mentionné des consultations qui n'ont pas eu lieu au cours de la période, il faut interpréter avec prudence la comparaison des taux selon l'état de santé.

Par ailleurs, le taux de consultation de professionnels ne porte que sur le fait d'avoir eu un contact avec un professionnel. Il ne tient pas compte de la nature des services, qui peut être très variable, allant de l'examen ordinaire aux actes chirurgicaux les plus complexes. Dans la mesure où l'utilisation faite par les personnes en bonne santé est composée surtout de services simples et peu coûteux, la sous-estimation de leur taux de consultation n'implique pas nécessairement une sous-estimation de leur niveau d'utilisation des services comparativement aux personnes en mauvaise santé. Compte tenu de cet effet compensatoire, le biais dû aux écarts de sous-déclaration selon l'état de santé n'est peut-être pas aussi problématique qu'il ne paraît de prime abord.

Le fait d'utiliser la consultation au cours de deux semaines comme mesure du recours aux services

plutôt qu'une période de quatre, six ou douze mois, comme c'est le cas dans plusieurs enquêtes, a l'avantage de réduire les biais de mémoire mais ne permet pas de mesurer l'ensemble de l'utilisation des services au cours d'un épisode de maladie. Par exemple, en comparant les données de l'enquête avec celles de la RAMQ (RAMQ, 1999; Fournier et Contandriopoulos, 1997), on observe que, selon les données de l'enquête, seulement 6 % des consultations de médecins spécialistes ont eu lieu lors d'une hospitalisation alors que, selon les données de la RAMQ, plus de 30 % des contacts avec un médecin spécialiste pour des fins d'examen médical ont lieu lors d'une hospitalisation. Ce pourcentage serait encore plus élevé si on incluait les tests diagnostiques et les actes chirurgicaux. Une des conséquences de ce phénomène est que les données de l'enquête donnent un portrait qui sous-estime l'importance de la consultation des médecins par rapport aux autres types de professionnels.

Comme c'est généralement le cas pour les questions du QRI, le taux de non-réponse partielle à chacune des questions est inférieur à 5 %.

19.2 Résultats

19.2.1 Taux de consultation des professionnels

Variations selon l'âge et le sexe

Environ une personne sur quatre (25 %) a consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines (tableau 19.1). Parmi les différents types de professionnels, ceux qui sont les plus fréquemment consultés sont les médecins généralistes (11 %), les médecins spécialistes (5 %), les pharmaciens (4,5 %) et les dentistes (4,3 %). Si on considère l'ensemble des professionnels autres que les médecins, on constate qu'ils ont été consultés autant que les médecins (15 %).

Tableau 19.1
Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, population totale, Québec, 1998

	%	Pe '000
Médecin (généraliste ou spécialiste)	**14,6**	**1 047**
Médecin généraliste	10,9	781
Médecin spécialiste	5,1	365
Professionnel autre qu'un médecin	**15,3**	**1 094**
Pharmacien	4,5	322
Dentiste	4,3	306
Optométriste ou opticien	1,8	125
Infirmière	1,7	120
Chiropraticien	1,3	96
Acupuncteur	0,3	19
Autre praticien de médecine non traditionnelle	0,9	62
Physiothérapeute	0,9	67
Ergothérapeute	0,1	6
Psychologue	0,9	65
Travailleur social	0,7	52
Diététiste	0,3	20
Autre professionnel	0,6	42
Au moins un professionnel	**25,2**	**1 806**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le groupe des 15-24 ans demeure celui dans lequel le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel est le plus faible (19 %) tandis que le pourcentage le plus élevé est observé chez les personnes de 65 ans et plus (35 %) (tableau 19.2). La relation entre l'âge et le recours aux services diffère en fonction du type de professionnels consultés. Le recours aux services des médecins est beaucoup plus important chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (17 %) et encore davantage chez celles de 65 ans et plus (24 %) que parmi les personnes de moins de 45 ans (de 10 % à 14 %). La consultation auprès des autres professionnels varie peu selon l'âge.

La proportion des femmes ayant consulté au moins un professionnel est plus élevée que celle des hommes, soit 29 % contre 21 %. Le taux de consultation des femmes est plus élevé en ce qui concerne autant les médecins (17 % c. 12 %) que les autres professionnels (18 % c. 13 %).

Comparaisons avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Alors que la proportion des personnes qui avaient consulté au moins un professionnel était passée de 22 % à 25 % entre l'enquête de 1987 et celle de 1992-1993, on n'observe pas d'augmentation significative entre les résultats de l'enquête de 1992-1993 et ceux de 1998 (tableau 19.3). Le taux de consultation des médecins n'a pas varié de façon significative entre les trois enquêtes, alors que le recours aux professionnels autres que les médecins a continué à progresser, passant de 11 % en 1987 à 14 % en 1992-1993 puis à 15 % dans la présente enquête. Cependant, la hausse entre 1992-1993 et 1998 semble attribuable uniquement à la consultation de pharmaciens, qui a augmenté de façon significative, passant de 2,4 % à 4,5 %.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les résultats de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de relation significative entre le niveau de revenu des personnes et leur taux de consultation (tableau 19.4). Contrairement à ce qu'on avait observé dans l'enquête de 1992-1993, le recours aux médecins n'est pas significativement plus élevé chez les personnes dans les catégories pauvres et très pauvres, même si la tendance observée dans le passé semble se maintenir.

Le taux de consultation varie cependant, quoique faiblement, selon le niveau de scolarité, passant de 24 % chez les personnes ayant le plus faible niveau à 28 % pour celles du niveau supérieur. Cet écart semble attribuable à la consultation d'autres professionnels que les médecins, le taux de consultation pour ces deux groupes étant respectivement de 14 % et 19 %. On n'observe pas de différence pour la consultation de médecins.

Tableau 19.2
Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel		Médecin		Professionnel autre qu'un médecin	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Hommes	21,1	749	12,1	430	12,7	449
Femmes	29,2	1058	17,0	617	17,8	645
Sexes réunis						
0-14 ans	22,5	303	13,7	184	12,6	170
15-24 ans	19,2	187	10,1	98	12,2	119
25-44 ans	23,7	549	12,1	281	16,0	372
45-64 ans	28,5	485	17,0	290	17,0	290
65 ans et plus	34,5	282	23,7	193	17,6	144
Total	**25,2**	**1 806**	**14,6**	**1 047**	**15,3**	**1 094**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 19.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, selon le type de professionnel (lorsque comparable avec les données de 1998), population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		%	
Médecin (généraliste ou spécialiste)	**14,0**	**14,7**	**14,6**
Médecin généraliste	10,3	10,7	10,9
Médecin spécialiste	4,8	5,5	5,1
Professionnel autre qu'un médecin	**11,4**	**14,1**	**15,3**
Pharmacien	2,6	2,4	4,5
Dentiste	4,2	4,3	4,3
Optométriste ou opticien	1,6	2,0	1,8
Infirmière	1,2	1,6	1,7
Chiropraticien	0,9	..	1,3
Acupuncteur	0,2	..	0,3
Autre praticien de médecine non traditionnelle	..	..	0,9
Physiothérapeute	..	..	0,9
Ergothérapeute	..	..	0,1
Psychologue	0,3	0,7	0,9
Travailleur social	0,3	0,6	0,7
Diététiste	..	0,3	0,3
Autre professionnel	..	0,7	0,6
Au moins un professionnel	**22,0**	**24,8**	**25,2**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 19.4

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
		%	
Scolarité relative			
Plus faible	23,6	15,3	13,5
Faible	25,3	14,2	15,3
Moyenne	25,6	14,6	15,8
Élevée	27,5	15,4	17,7
Très élevée	28,3	14,7	19,4
Niveau de revenu			
Très pauvre	27,3	16,5	16,2
Pauvre	26,1	16,2	15,2
Moyen inférieur	24,2	14,6	14,1
Moyen supérieur	24,8	13,8	15,4
Supérieur	27,0	14,4	17,8
Groupe ethnoculturel			
Groupe majoritaire	26,3	14,8	16,5
Groupe minoritaire (2e ou 3e génération)	30,8	21,0	16,5
Groupe minoritaire (1re génération)	22,1	13,3	11,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le recours aux services varie cependant selon le groupe ethnoculturel d'appartenance. Ce sont les personnes appartenant au groupe minoritaire de première génération qui ont le taux de consultation le plus faible (22 %) et celles du groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération qui ont le taux le plus élevé (31 %). De plus, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à consulter les médecins que les personnes appartenant au groupe majoritaire (21 % c. 15 %) et au groupe minoritaire de première génération (21 % c. 13 %). Toutefois, en ce qui concerne le recours à un professionnel autre qu'un médecin, les personnes du groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération semblent, en proportion, aussi nombreuses à consulter que celles du groupe majoritaire (17 %), mais leur taux de consultation est plus élevé que celui des personnes appartenant au groupe minoritaire de première génération (12 %).

Variations selon certains indicateurs de l'état de santé

Comme on peut s'y attendre, le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux est fortement lié aux différents indicateurs de l'état de santé (tableau 19.5). Ainsi, 8 % des personnes n'ayant aucun problème de santé de courte ou de longue durée ont consulté un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 24 % pour celles qui ont un seul problème et à 42 % pour celles qui ont plus d'un problème.

Les personnes ayant un seul ou plus d'un problème semblent consulter autant les médecins que les autres professionnels (environ 13 % pour celles qui ont un seul problème et environ 25 % pour celles qui ont plus d'un problème). Cependant, les personnes n'ayant déclaré aucun problème sont moins portées à consulter des médecins que d'autres professionnels (2,5 % c. 6 %).

Le taux de consultation des personnes ayant des incapacités à court ou à long terme est beaucoup plus élevé que celui des personnes n'ayant pas d'incapacité (49 % c. 23 %). Ces proportions sont respectivement de 33 % et de 13 % pour les consultations auprès d'un médecin et de 31 % et de 14 % pour les consultations de professionnels autres que des médecins.

Tableau 19.5
Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998

	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%		
Nombre de problèmes de santé			
Aucun	7,8	2,5	5,9
Un problème	23,8	13,1	13,7
Plus d'un problème	42,0	26,7	24,8
Incapacité à court ou à long terme			
Sans incapacité	22,7	12,7	13,7
Avec incapacité	49,3	33,2	30,6
Indice de détresse psychologique[1]			
Bas à moyen	24,5	13,7	15,0
Élevé	31,5	18,6	20,0
Perception de l'état de santé[1]			
Excellent	19,2	9,8	12,1
Très bon	22,7	11,7	14,3
Bon	26,9	15,4	16,6
Moyen	41,5	27,8	24,0
Mauvais	57,4	43,1	30,2

1. Population de 15 ans et plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le niveau de détresse psychologique est aussi relié de façon significative au recours aux professionnels. Ainsi, 32 % des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 25 % pour le reste de la population. Ces proportions sont respectivement de 19 % et de 14 % pour les consultations auprès d'un médecin, et de 20 % et de 15 % pour les consultations de professionnels autres que les médecins.

C'est cependant selon la perception de l'état de santé qu'on semble observer les plus grands écarts dans l'utilisation de services de professionnels. Ainsi, 19 % des personnes qui s'estiment en excellente santé ont consulté au moins un professionnel, tandis que c'est le cas pour 57 % de celles qui se considèrent en mauvaise santé. L'écart entre les différentes catégories de la perception de l'état de santé est plus grand en ce qui a trait à la consultation de médecins (10 % c. 43 %) que pour celle des autres professionnels (12 % c. 30 %).

19.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation

Les résultats de l'enquête révèlent que 23 % de la population qui a consulté un professionnel déclare l'avoir fait à des fins préventives ou pour des examens de routine (tableau 19.6). Les autres motifs ou problèmes à l'origine de la dernière consultation les plus fréquemment mentionnés sont les troubles du système ostéo-articulaire (10 %), les troubles de l'appareil respiratoire (9 %), les troubles du système nerveux et des organes des sens (6 %), les lésions et accidents (6 %), les symptômes et les signes mal définis (5 %) et les problèmes de digestion (4,7 %).

Une comparaison du motif de la dernière consultation avec les données des deux enquêtes précédentes révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les données de l'enquête de 1992-1993 et celles de la présente enquête. Par contre, par rapport aux données de l'enquête de 1987, les données de l'enquête de 1998 confirment une tendance observée dans l'enquête de 1992-1993 : les problèmes liés à l'appareil circulatoire et au système digestif sont proportionnellement moins nombreux en 1998 (6 % pour l'appareil circulatoire et 8 % pour l'appareil digestif en 1987 c. 3,8 % et 4,7 % respectivement en 1998).

Tableau 19.6
Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
		%	
Troubles endocriniens et métaboliques	2,0	2,7	2,6
Troubles mentaux	2,6	3,1	3,4
Troubles du système nerveux et des organes des sens	6,4	6,6	5,7
Troubles du système circulatoire	6,1	3,7	3,8
Troubles de l'appareil respiratoire	9,5	8,7	9,2
Troubles digestifs	7,9	5,4	4,7
Problèmes génito-urinaires	3,0	2,0	2,2
Affections cutanées	2,9	2,5	2,4
Problèmes du système ostéo-articulaire	9,1	9,7	10,4
Symptômes et signes mal définis	6,3	5,3	5,4
Lésions et accidents	7,0	6,0	6,3
Prévention et examen de routine	23,6	25,5	23,1
Autres	13,6	19,1	20,9
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

19.2.3 Lieu de la dernière consultation

Près des deux tiers des consultations (64 %) ont lieu dans un cabinet privé, 11 % à la pharmacie, 10 % à la clinique externe d'un hôpital, 5 % dans un CLSC, 3,1 % à l'urgence d'un hôpital et 2,9 % à domicile (tableau 19.7). Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » dans la liste des lieux de consultation rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les consultations en pharmacie étaient incluses alors dans la catégorie « autre » ou « bureau privé ».

On notera cependant la part importante qu'occupe la pharmacie comme lieu de la dernière consultation (11 %). Ce phénomène n'est peut-être pas aussi étonnant qu'il puisse paraître, car, comme on l'a vu au tableau 19.1, les pharmaciens sont le deuxième type de professionnel le plus fréquemment consulté après les médecins.

Tableau 19.7
Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	%
Bureau privé/clinique privée	64,1
CLSC	4,9
Urgence dans un centre hospitalier	3,1
Clinique externe dans un centre hospitalier	10,1
Centre hospitalier pendant un séjour	1,1
Travail	0,3
École	0,8
Domicile	2,9
Téléphone	1,3
Pharmacie	10,5
Autre	0,9
Total	**100,0**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

19.2.4 Accessibilité aux services des médecins

Selon les données de l'enquête, près des trois quarts (72 %) des consultations de médecins généralistes ont lieu dans un bureau privé, 8 % à l'urgence d'un hôpital, 8 %, à la clinique externe d'un hôpital et 7 % dans un CLSC (tableau 19.8). Seulement 1,2 % des consultations ont eu lieu dans un centre hospitalier pendant une hospitalisation. Quant à la consultation de médecins spécialistes, 47 % a lieu dans un bureau privé, 40 % à la clinique externe et 4,2 % à l'urgence d'un hôpital, mais seulement 6 % lors d'une hospitalisation. Cependant, comme on l'a souligné dans la section sur les aspects méthodologiques, les données de la RAMQ (1999) donnent à penser qu'il y a une sous-estimation du pourcentage des consultations lors d'une hospitalisation.

Tableau 19.8
Lieu de la dernière consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, population ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
	%	
Bureau privé/clinique privée	72,1	47,0
CLSC	7,4	0,6
Urgence dans un centre hospitalier	7,8	4,2
Clinique externe dans un centre hospitalier	8,4	39,5
Centre hospitalier pendant un séjour	1,2	6,1
Travail	0,2	0,0
École	0,1	0,0
Domicile	1,8	0,1
Téléphone	0,8	2,0
Autre	0,3	0,6
Total	**100,0**	**100,0**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La question portant sur le fait d'avoir pris un rendez-vous ou non a été posée aux personnes ayant consulté un médecin dans un bureau privé, dans un CLSC ou une clinique externe. À peu près six personnes sur dix (62 %) qui ont vu un médecin généraliste avaient pris rendez-vous (tableau 19.9).

Tableau 19.9

Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste parmi les personnes ayant consulté un médecin avec un rendez-vous au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998

	Avec rendez-vous	Moins d'un jour	Une semaine à moins d'une semaine	Une semaine à moins d'un mois	Un mois à moins de trois mois	Trois mois et plus
			%			
Médecin généraliste						
Bureau privé/ clinique privée	63,5	16,7	35,3	31,0	14,1	2,9
CLSC	48,0	10,5	26,1	41,3	21,9	0,3
Clinique externe dans un centre hospitalier	55,8	10,7	31,7	36,3	16,3	5,1
Total	**61,5**	**15,8**	**34,4**	**32,1**	**14,8**	**2,9**
Médecin spécialiste						
Bureau privé/ clinique privée	92,3	5,2	21,3	36,5	26,5	10,5
Clinique externe dans un centre hospitalier	92,9	5,2	18,7	37,7	25,6	12,9
Total	**93,0**	**5,2**	**20,0**	**37,3**	**26,0**	**11,5**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

C'est au CLSC que la consultation de généralistes se fait le moins sur rendez-vous : 48 % comparativement à 64 % pour la consultation dans un bureau privé et à 56 % à la clinique externe. Environ 16 % de la population a consulté un généraliste la même journée que la prise de rendez-vous, un tiers (34 %) après moins d'une semaine et un autre tiers (32 %) entre une semaine et un mois. Le délai a été d'un mois ou plus dans moins de 20 % des cas.

La proportion de consultations avec rendez-vous est beaucoup plus élevée pour la consultation de spécialistes (92 %) et la période écoulée entre la prise de rendez-vous et la consultation est beaucoup plus longue. Environ le quart (26 %) des consultations ont lieu après moins d'une semaine, 37 % entre une semaine et un mois, 26 % entre un et trois mois et 12 % après trois mois.

Une forte proportion de personnes considèrent comme étant acceptable la longueur du temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation : 87 % pour les consultations de généralistes et 81 % pour la consultation de spécialistes (tableau 19.10).

Tableau 19.10

Appréciation du temps d'attente selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, Québec, 1998

	Médecin généraliste			Médecin spécialiste		
	Acceptable	Un peu long	Trop long	Acceptable	Un peu long	Trop long
			%			
Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation						
Moins d'un jour	98,2	1,4	0,4	99,3	0,7	0,0
Un jour à moins d'une semaine	92,2	3,6	4,2	94,3	1,9	3,8
Une semaine à moins d'un mois	84,9	9,3	5,7	88,4	6,9	4,8
Un mois à moins de trois mois	72,0	9,0	18,9	66,7	16,1	17,3
Trois mois et plus	70,9	8,0	21,0	60,6	12,3	27,1
Total	**87,2**	**6,0**	**6,8**	**81,3**	**8,6**	**10,1**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Ce niveau d'appréciation varie selon le temps écoulé. Tant pour les généralistes que pour les spécialistes, plus de 90 % des personnes ayant attendu moins d'une semaine pour une consultation considèrent que ce délai est acceptable. Ce pourcentage diminue à environ 70 % dans le cas des consultations de généralistes qui demandent un mois ou plus de délai, à environ 67 % pour les consultations de spécialistes qui demandent un délai d'un à trois mois et à 61 % pour un délai de trois mois ou plus.

19.2.5 Consultations des personnes souffrant d'un problème de santé

Les données de la présente section proviennent de la section IX du QRI et portent sur les problèmes de santé déclarés dans les sections précédentes, qu'ils soient de longue ou de courte durée. Rappelons que les déclarations correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.), qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclues de l'analyse portant sur les problèmes de santé.

Tableau 19.11
Problèmes de santé selon le moment de la dernière consultation, ensemble des problèmes de santé, Québec, 1998

	Moins d'un an	Un an ou plus	Jamais
		%	
Troubles mentaux	81,2	14,1	4,8
Troubles du sommeil	71,7	20,2	8,1
Périodes de grande nervosité	49,1	20,1	30,9
Troubles de la thyroïde	83,9	16,0	0,1
Diabète	93,1	6,5	0,4
Hypercholestérolémie	92,8	7,0	0,3
Anémie	64,9	33,8	1,3
Autres maladies du sang	85,0	14,0	1,0
Maux de tête	26,3	27,4	46,3
Maladies de l'œil	77,2	21,6	1,2
Maladies de l'oreille	84,8	12,3	2,9
Hypertension	92,2	7,0	0,8
Maladies cardiaques	79,0	20,5	0,5
Grippe	34,7	3,3	61,9
Bronchite ou emphysème	68,3	27,3	4,4
Asthme	62,6	36,4	1,0
Rhinite	18,2	55,7	26,1
Autres affections respiratoires	57,9	9,4	32,6
Autres allergies	16,9	65,1	18,0
Ulcères gastriques	52,8	39,3	8,0
Troubles digestifs fonctionnels	48,0	19,4	32,7
Autres troubles digestifs	75,1	20,9	4,1
Allergies cutanées	49,9	41,5	8,7
Arthrite et rhumatisme	55,6	33,8	10,7
Maux de dos	49,1	37,8	13,1
Autres maladies des os	53,5	39,9	6,6
Lésions	81,0	11,1	7,9
Troubles urinaires	76,2	20,3	3,5
Malaise et fatigue	51,5	13,4	35,1
Autres problèmes	73,5	17,6	8,9
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	68,2	25,2	6,6
Total	**58,2**	**27,1**	**14,7**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Sur l'ensemble des problèmes de santé déclarés, il y en a 15 % pour lesquels on n'a jamais consulté. Pour plus de la moitié (58 %) des problèmes, la dernière consultation a eu lieu depuis moins de douze mois, et depuis un an ou plus pour 27 % des problèmes de santé déclarés (tableau 19.11). Les problèmes de santé pour lesquels la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an et qui ont entraîné les taux de consultation les plus élevés sont le diabète (93 %), l'hypercholestérolémie (93 %) et l'hypertension (92 %).

Les données de l'enquête permettent également de voir que les problèmes de santé de courte durée donnent lieu à un taux de consultation plus élevé et à une intensité plus grande de services utilisés. Ainsi, parmi les problèmes de santé qui ont donné lieu à la consultation d'un seul professionnel au cours d'une période de quatre mois, on retrouve environ 44 % de problèmes de courte durée et 34 % de problèmes de longue durée (tableau 19.12). Aussi, environ 7 % des problèmes de courte durée ont entraîné une consultation auprès de deux professionnels ou plus, comparativement à 4,1 % pour les problèmes de longue durée.

Tableau 19.12
Nombre de professionnels consultés au cours d'une période de quatre mois selon que le problème de santé associé à la consultation est de longue ou de courte durée, Québec, 1998

	Aucun	Un	Deux et plus
		%	
Problème de longue durée	52,5	40,9	6,5
Problème de courte durée	61,5	34,8	4,1
Total	**58,3**	**36,8**	**4,9**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

19.2.6 Accessibilité géographique

Les résultats de l'enquête témoignent d'écarts entre les régions dans le recours aux services. C'est ce que l'on constate en examinant la proportion des personnes qui ont consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines. Cette proportion est de près de 27 % dans les régions centrales, alors qu'elle baisse à 21 % dans les régions éloignées (tableau 19.13).

Le profil de consommation est un peu différent selon qu'il s'agit du recours aux médecins ou du recours aux autres professionnels. En ce qui concerne le taux de consultation des médecins, l'écart le plus important est celui entre le taux des régions centrales (16 %) et le taux des régions éloignées (12 %).

Tableau 19.13
Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines selon le type de région, population totale, Québec, 1998

	Types de professionnels consultés			Parmi les médecins	
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin	Généraliste	Spécialiste
			%		
Régions centrales	26,5	15,8	15,2	11,3	6,1
Régions périphériques	25,3	14,3	16,4	10,9	4,8
Régions intermédiaires	23,8	13,7	14,1	10,6	4,3
Régions éloignées	20,6	11,5	12,9	9,1	3,3*
Total	**25,2**	**14,6**	**15,3**	**10,9**	**5,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Pour ce qui est du recours aux autres professionnels, on note une tendance pour l'écart le plus important entre le taux des régions périphériques (16 %) et le taux des régions éloignées (13 %). C'est donc dans les régions éloignées que les taux de consultation sont les plus faibles.

En ce qui a trait aux consultations des médecins, les variations géographiques touchent tout particulièrement les services rendus par les spécialistes. Le taux de consultation des spécialistes est plus élevé dans les régions centrales (6 %) qu'il ne l'est ailleurs, alors qu'il est nettement plus faible dans les régions éloignées (3,3 %).

Les données permettent de constater que les services dispensés par les généralistes sont facilement accessibles pour ce qui est de la distance et du temps du déplacement, quel que soit le type de région (tableau 19.14). Au total, seulement 9 % des consultations ont nécessité un trajet supérieur à 20 kilomètres. C'est dans les régions éloignées que cette proportion est la plus élevée, soit 17 %.

Par ailleurs, les temps de déplacement sont également très courts. Au total, seulement 4,2 % des trajets ont demandé plus de 30 minutes et cette proportion varie très peu entre les types de régions.

Les distances et les temps de déplacement que nécessitent les consultations d'un spécialiste sont de beaucoup supérieurs. Au total, 22 % des consultations ont requis un trajet de plus de 20 kilomètres. C'est bien sûr dans les régions centrales que cette proportion est la plus faible (7 %), alors qu'elle est la plus élevée dans les régions éloignées (39 %). Quant à la proportion des consultations qui ont demandé un temps de déplacement de plus de 30 minutes, elle va de 13 % dans les régions centrales à 33 % dans les régions éloignées.

On a également vérifié si des écarts d'accessibilité entre les régions ont un impact sur la période de temps écoulé entre la journée où le patient prend rendez-vous auprès du médecin et le moment où a lieu la consultation. De plus, on a cherché à savoir si ce temps d'attente est considéré comme acceptable ou trop long.

Tableau 19.14
Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres ou un temps de déplacement de plus de 30 minutes (aller simple), selon le type de médecin consulté et le type de région, Québec, 1998

	Un trajet de plus de 20 kilomètres	Un temps de déplacement de plus de 30 minutes
	%	
Consultations auprès d'un généraliste		
Régions centrales	2,7*	3,5*
Régions périphériques	13,3	4,2*
Régions intermédiaires	11,7**	5,1*
Régions éloignées	16,9**	6,2**
Total	**9,0**	**4,2**
Consultations auprès d'un spécialiste		
Régions centrales	6,5*	12,7
Régions périphériques	33,9	15,9
Régions intermédiaires	32,6	21,8*
Régions éloignées	39,3**	33,3**
Total	**21,5**	**16,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Étonnamment, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes, il n'y a pas d'écarts significatifs entre les types de régions en ce qui a trait à la période de temps écoulé entre la prise du rendez-vous et la consultation (tableaux 19.15 et 19.16). L'opinion émise par les personnes sur la période de temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste montre également qu'il n'y a pas d'écart significatif entre les types de régions.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Pour que les planificateurs puissent répondre aux besoins futurs de la population, il est essentiel de bien connaître l'utilisation actuelle des services sociaux et de santé selon les caractéristiques de la population et de son milieu de vie. Il importe aussi de bien identifier les barrières à l'accès à ces services. Les résultats de l'enquête et la comparaison avec ceux des deux enquêtes précédentes font ressortir certains phénomènes importants.

Tableau 19.15
Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste et l'appréciation du temps d'attente selon le type de régions, Québec, 1998

	Personnes ayant consulté un médecin généraliste					
	Temps écoulé				Appréciation du temps d'attente	
	Moins d'une semaine	D'une semaine à moins d'un mois	Entre un et trois mois	Trois mois ou plus	Acceptable	Un peu ou trop long
	%					
Régions centrales	51,7	31,9	12,6	3,7**	89,1	10,9*
Régions périphériques	51,6	30,7	16,1	1,5**	85,4	14,6
Régions intermédiaires	46,4	32,3	17,9*	3,4**	87,0	13,1*
Régions éloignées	45,3*	41,8*	10,6**	2,3**	84,7	15,3**
Total	**50,2**	**32,1**	**14,8**	**2,9***	**87,2**	**12,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 19.16
Temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin spécialiste et l'appréciation du temps d'attente selon le type de régions, Québec, 1998

	Personnes ayant consulté un médecin spécialiste					
	Temps écoulé				Appréciation du temps d'attente	
	Moins d'une semaine	D'une semaine à moins d'un mois	Entre un et trois mois	Trois mois ou plus	Acceptable	Un peu ou trop long
	%					
Régions centrales	23,2	36,9	28,5	11,4*	82,7	17,3
Régions périphériques	23,5	39,4	25,6	11,6*	80,3	19,7
Régions intermédiaires	33,5	33,9	20,7*	11,9**	80,3	19,7*
Régions éloignées	24,4**	39,1**	26,8**	9,7**	79,7	20,3**
Total	**25,2**	**37,3**	**26,0**	**11,5**	**81,3**	**18,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les résultats de l'enquête révèlent que les professionnels autres que les médecins occupent une place de plus en plus grande dans le réseau des services sociaux et de santé. Pour la première fois, l'enquête de 1998 montre qu'ils sont maintenant plus fréquemment consultés que le sont les médecins. La comparaison des données de 1998 avec celles des deux enquêtes précédentes indique une augmentation significative du taux de consultation des professionnels autres que des médecins, et particulièrement des pharmaciens entre 1992-1993 et 1998, alors que le taux de consultation des médecins est stable. Il faut souligner cependant que cette comparaison des taux de consultation entre les types de professionnels ne tient pas compte de la nature des services offerts ni de l'intensité des services au cours d'un épisode de maladie. Ainsi, lors d'une hospitalisation, on peut voir plusieurs médecins de spécialités différentes, les services reçus pouvant être plus nombreux que lors d'une simple consultation dans un bureau privé.

Le fait que le taux de consultation des médecins n'a pas progressé entre les deux dernières enquêtes alors que celui des pharmaciens a augmenté de façon importante, passant d'environ 2,4 % à 4,5 %, semble révélateur de deux phénomènes qui ont marqué notre système de santé au cours des dernières années. En ce qui concerne les médecins, leur effectif n'a augmenté que de 0,3 % entre 1992 et 1998 (RAMQ, 1993 et 1999), soit bien en deçà de la croissance de la population, de telle sorte que le nombre de médecins par 1 000 habitants a diminué, passant de 1,98 à 1,93 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999). Cette absence de croissance des effectifs médicaux découle à la fois des politiques gouvernementales adoptées depuis les années 80, visant à réduire le nombre d'étudiants admis dans les facultés de médecine, et des programmes mis en œuvre au milieu des années 90, visant à encourager le départ à la retraite (Fournier et Contandriopoulos, 1997).

Par ailleurs, la hausse du taux de consultation des pharmaciens entre 1992-1993 et 1998 peut être associée à la place de plus en plus grande qu'occupent les médicaments comme mode de traitement et les pharmaciens comme professionnels consultants auprès de la population.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à une telle hausse au cours des cinq dernières années. L'implantation du régime universel d'assurance médicaments en 1997 a entraîné une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'une assurance et, possiblement, du nombre de consommateurs. Avec le vieillissement de la population, il y a croissance de la proportion de la population dont le niveau de consommation de médicaments est élevé. La croissance rapide du recours aux médicaments comme moyen thérapeutique et le fait que ces traitements se font de plus en plus en milieu ambulatoire plutôt que lors d'hospitalisations amènent les patients à consulter davantage les pharmaciens. Enfin, au cours des dernières années, les pharmaciens ont effectué plusieurs campagnes afin de valoriser leur rôle professionnel et d'amener la population à faire davantage appel à leurs services pour des conseils liés à la consommation de médicaments.

En ce qui a trait à la consultation des professionnels, médecins ou autres que médecins, selon les caractéristiques des individus, on peut dire qu'en général les résultats de l'enquête corroborent ceux obtenus dans les deux enquêtes précédentes. L'état de santé, mesuré selon divers indicateurs, est le principal facteur qui influence la consultation d'un professionnel. Ce sont les personnes qui ont un ou plus d'un problème de santé, celles souffrant d'une incapacité et, à un degré moindre, celles ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique qui sont, en proportion, plus nombreuses à consulter. C'est cependant chez les personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé qu'on note un recours aux services plus important, particulièrement auprès des médecins.

La présence d'un problème de santé ne se traduit pas nécessairement par un recours aux services de professionnels. Pour plus de la moitié des problèmes de santé, la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an, et pour 27 % des problèmes, depuis

un an ou plus. Sur l'ensemble des problèmes, il y en a 15 % pour lesquels on n'a jamais consulté. Les problèmes de santé pour lesquels la dernière consultation a eu lieu depuis moins d'un an et qui ont entraîné les taux de consultation les plus élevés (plus de 85 %) sont le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension.

Les résultats de l'enquête montrent, par ailleurs, que la consultation d'un professionnel n'est pas uniquement le lot de ceux qui ont un problème de santé. Ainsi, 8 % des personnes n'ayant aucun problème de santé ont consulté un professionnel au cours d'une période de deux semaines, comparativement à 24 % pour celles qui ont un problème. Ce sont les professionnels autres que les médecins qui sont le plus souvent consultés par ces premières personnes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène : recherche de services de prévention, accidents, recherche de solutions à des problèmes d'inconfort sans que ce soit une maladie, problèmes de santé ou maladies infectieuses sans séquelles permanentes, détérioration normale des conditions biologiques (problèmes de vision, problèmes dentaires, etc.).

Le taux de consultation varie selon les caractéristiques démographiques de la population. Les femmes recourent plus fréquemment aux services de professionnels, médecins ou autres que médecins, et une plus grande proportion de personnes de 65 ans et plus ont recours aux services des médecins. Le taux de consultation de ces dernières est environ deux fois plus élevé que celui des moins de 45 ans. Ici encore, il faut rappeler que la comparaison des taux de consultation sur une période de deux semaines ne permet de mesurer ni la nature, ni l'intensité des services. L'utilisation des données de la RAMQ sur le volume et le type d'actes effectués auprès des patients et des données d'hospitalisation permettent de mieux tenir compte de ces phénomènes si on veut comparer le niveau d'utilisation de services entre différents groupes d'individus.

On observe également des différences entre les groupes ethnoculturels. Les personnes appartenant au groupe minoritaire de deuxième ou de troisième génération consultent davantage les médecins que celles du groupe majoritaire, alors que les personnes du groupe minoritaire de première génération consultent autant les médecins mais beaucoup moins les autres professionnels. Une analyse plus fine mériterait d'être effectuée afin de mieux comprendre ces différences.

Contrairement aux enquêtes précédentes, en 1998, le recours aux médecins n'est pas statistiquement plus élevé chez les personnes pauvres et très pauvres que chez les personnes dans les catégories de revenu supérieures, quoique la tendance demeure. Les données de l'enquête montrent donc des résultats possiblement préoccupants en ce qui concerne l'accessibilité selon le statut socioéconomique. Les deux enquêtes précédentes ont montré que le recours aux services de médecins et de travailleurs sociaux augmentait à mesure que diminuait le revenu, alors que le recours à des professionnels non couverts par le système public, les dentistes et les praticiens de médecine non traditionnelle, était dans la situation inverse. Ces résultats avaient également été observés à l'échelle du Canada (Birch et Eyles, 1992). Béland (1995) a montré, en jumelant les données de l'enquête *Santé Québec 1987* aux fichiers de la RAMQ, que même si le recours aux services des médecins en ambulatoire chez les personnes à faible revenu est plus élevé, l'écart disparaît lorsqu'on contrôle la variable état de santé. Ainsi, selon Béland (1995), les services médicaux étant entièrement couverts par le régime d'assurance maladie, l'équité d'accès en fonction des besoins de santé s'en trouve améliorée. Par ailleurs, plusieurs études canadiennes ont montré qu'au contraire, à état de santé égal, les gens à faible revenu utilisent moins de services médicaux, particulièrement les services de spécialistes (Birch et Eyles, 1992; Dunlop et autres, 2000; Alter et autres, 1999, McIsaac et autres, 1997). L'enquête montre que l'association entre le recours aux médecins et le niveau de revenu est moins forte que par le passé, ce qui amène à poser deux hypothèses : soit que les gens à faible revenu ont moins recours aux médecins bien qu'ils aient plus de problèmes de santé (voir le chapitre 13 sur les problèmes de santé), ou bien que la relation inverse entre le revenu et l'état de santé ne tient plus au

Québec, ce qui est fort peu probable. Il y a donc lieu de s'inquiéter au sujet de l'accès aux services médicaux pour les plus défavorisés. On devrait donc procéder à une analyse plus poussée de ces résultats en prenant en compte les caractéristiques des individus, comme les divers indicateurs de l'état de santé.

L'enquête de 1998 fournit certaines informations sur les modalités d'accès aux services médicaux. Dans environ six cas sur dix, la consultation d'un médecin généraliste se fait sur rendez-vous. Cette proportion est de neuf sur dix pour la consultation de spécialistes. Environ la moitié des personnes ayant consulté sur rendez-vous ont pu voir un généraliste en moins d'une semaine, alors que plus du tiers ont pu voir un spécialiste après un mois ou plus.

La grande majorité (environ 85 %) des personnes jugent acceptable le temps d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste. Même chez les personnes qui ont attendu plus de trois mois, environ les deux tiers jugent ce délai acceptable. Ce pourcentage peut paraître élevé, mais il faut souligner qu'il ne s'agit pas nécessairement de délai ou de temps d'attente pour une première consultation. Dans bien des cas, la prise d'un rendez-vous est planifiée dans le cadre du suivi d'un épisode de soins ou d'un épisode de la maladie. C'est le cas, entre autres, des personnes qui suivent un traitement ou des personnes qui voient régulièrement leur médecin et qui prennent rendez-vous lors d'une visite. Les données de l'enquête ne permettent pas de distinguer les premières demandes de rendez-vous et les rendez-vous pour assurer le suivi d'un traitement.

Quant à l'accessibilité géographique, notons que le niveau global de consultation est semblable si l'on compare les types de régions. Cependant, le taux de consultation varie en fonction du type de professionnels. La population des régions centrales utilise davantage les services des médecins et moins ceux des autres professionnels. Le phénomène inverse caractérise l'utilisation des services dans les autres régions. Les régions éloignées sont particulièrement défavorisées en ce qui a trait à l'accès aux services de médecins spécialistes. Les données de consommation provenant de la RAMQ confirment ces résultats (RAMQ, 1999).

Les services de médecins généralistes sont facilement accessibles dans tous les types de régions pour ce qui est de la distance et du temps de déplacement, alors que ceux des spécialistes le sont beaucoup moins au fur et à mesure qu'on s'éloigne des régions centrales.

Quant au temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation de même qu'à l'appréciation de la durée de cette attente, ils ne varient pas de façon significative entre les régions. En ce qui concerne spécifiquement les spécialistes, ces résultats tranchent avec le sens commun. Malgré la forte concentration des spécialistes dans les régions centrales, le temps nécessaire pour obtenir une consultation ne semble pas plus court dans ces régions que dans les autres régions moins bien pourvues en effectif médical. Même s'il existe certainement un seuil critique en deçà duquel une pénurie de ressources peut créer un goulot d'étranglement, il ne semblerait pas y avoir dans ce cas un lien direct et immédiat entre la quantité de ressources disponibles dans la région et les délais pour avoir accès à ces ressources. Il faut préciser toutefois que la disponibilité moindre des spécialistes dans la plupart des régions peut être compensée, du moins en partie, par la mobilité des patients, qui se déplacent dans les régions centrales pour recevoir des services. Ainsi, 30 % des services fournis par les médecins spécialistes dans la région de Montréal-Centre le sont à des patients des autres régions (RAMQ, 1999) et plus de 40 % des services spécialisés reçus par la population des régions considérées comme éloignées dans le présent chapitre ont été obtenus dans les régions centrales (Fournier et Contandriopoulos, 1997). Or, dans ce dernier cas, il n'y a aucune raison pour que le délai d'obtention d'un rendez-vous diffère selon le lieu de résidence. Il n'en demeure pas moins que le fait que les populations des régions centrales recourent plus fréquemment aux services des spécialistes indique une disponibilité plus grande de ces médecins dans

ces régions. Toutefois, cette plus grande disponibilité ne se traduit pas par des délais d'attente plus courts.

Comme piste de recherche, il faudrait pousser plus loin l'interprétation des résultats de l'enquête en procédant à une analyse multivariée des facteurs associés au recours aux services. Il faudrait distinguer les facteurs qui sont une manifestation des besoins (âge, perception de l'état de santé, présence de problèmes de santé ou d'incapacités, détresse psychologique) de ceux qui caractérisent les conditions de vie (scolarité, niveau de revenu, etc.) et les lieux de résidence. Une telle analyse permettrait de faire ressortir les interactions entre les facteurs et d'évaluer l'importance relative des uns et des autres. Elle devrait permettre également de différencier les facteurs déterminants en fonction de la catégorie de professionnels consultés.

Éléments de réflexion pour la planification

Certains résultats sont révélateurs des facteurs qui, au-delà des besoins, conditionnent le recours aux services. Contrairement à ce qui avait été observé dans les deux enquêtes précédentes, il ne semble pas y avoir de relation significative entre le recours aux services des médecins et le niveau de revenu, même si les personnes à faible revenu sont généralement en moins bonne santé que celles appartenant aux strates de revenu supérieures. Ce résultat est préoccupant car si la tendance observée se poursuit et s'accentue, elle pourrait remettre en cause le principe d'équité d'accès aux services pour les personnes dont le statut socioéconomique est faible. Or, ce principe fait partie du fondement même de notre système de santé. Il faut toutefois préciser que le portrait qui est fourni par l'enquête se limite à la consultation des médecins au cours d'une période de deux semaines et qu'on ne peut extrapoler les résultats à l'ensemble de la consommation médicale.

Il y aurait donc lieu d'investiguer davantage au sujet de l'accessibilité aux services médicaux pour les groupes sociaux défavorisés. Dans un contexte de restrictions budgétaires et de réorganisation des services de santé (virage ambulatoire, etc.) où l'accessibilité est généralement moins grande qu'auparavant, on pourrait assister à une forme de concurrence qui jouerait à l'encontre des groupes défavorisés.

En ce qui concerne plus particulièrement l'accès aux services médicaux, la croissance du nombre de médecins avait largement dépassé celle de la population depuis la mise en place du régime d'assurance maladie. Or, dans les années 90, le rythme de croissance a considérablement ralenti. Il en résulte que le nombre de médecins est demeuré stable depuis et que la croissance sera très lente au cours des prochaines années. Malgré des besoins croissants, la population doit donc s'adapter à ce phénomène. Cependant, il se trouve que certains groupes sociaux savent mieux composer avec une accessibilité réduite. Même dans un régime universel comme le nôtre, il semble qu'il existe des iniquités d'accès aux services médicaux qui sont en relation avec le statut socioéconomique des individus (Alter et autres, 1999; McIsaac et autres, 1997).

Une contrainte importante qui limite l'accès aux services est celle des distances que les personnes résidant hors des régions centrales ont à parcourir pour consulter un médecin spécialiste. Ces distances touchent tout particulièrement les résidents des régions éloignées, dont l'utilisation des services de médecins spécialistes est nettement inférieure à celle des résidents des régions centrales. Malgré les progrès accomplis, la répartition des spécialistes demeure problématique. Si l'universalité et la gratuité des services médicaux ont permis une plus grande équité d'accès entre les groupes socioéconomiques, il subsiste des écarts régionaux difficilement conciliables avec le principe d'équité.

Il peut paraître surprenant de constater que la période de temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation d'un spécialiste ne soit pas plus longue dans les régions éloignées que dans les régions centrales, alors que la densité de spécialistes est beaucoup plus forte dans ces dernières. Ce résultat montre que le problème des délais de consultation ne se limite pas à la question du nombre de médecins, mais laisse supposer qu'il comporte également une

dimension importante d'organisation des services. Il peut être important pour les planificateurs de considérer que l'augmentation du nombre de médecins n'est probablement pas une réponse suffisante afin de réduire les délais pour obtenir une consultation si l'on ne révise pas en même temps les modalités qui régissent l'organisation des services.

Enfin, les résultats de l'enquête ont mis particulièrement en lumière la forte relation qui existe entre le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux et l'état de santé des individus, quel que soit le type d'indicateur utilisé. Dans le contexte du vieillissement rapide de la population au cours des prochaines années, on doit s'attendre à ce que les besoins envers les services de professionnels et les autres types de services croissent de façon importante. La forte augmentation des taux de consultation des pharmaciens depuis l'enquête de 1992-1993 en est probablement une illustration. Les données de la présente enquête sur la prévalence des problèmes de santé selon les caractéristiques des individus et sur les modalités de recours aux services seront tout particulièrement utiles aux planificateurs pour les aider à mettre en place les ressources requises pour répondre aux besoins variés de la population, sans oublier qu'une part non négligeable des personnes qui consultent un professionnel n'ont pas nécessairement de problèmes de santé mais cherchent plutôt à prévenir ou à soulager des problèmes d'inconfort.

Bibliographie

ALTER, D. A., C. D. NAYLOR, P. AUSTIN et J. V. TU (1999). « Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 18, p. 1359-1367.

ANDERSEN, R. (1995). « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of health and social behavior*, n° 36, p. 1-10.

ANDERSEN, R., et J. NEWMAN (1973). « Societal and individual determinants of medical care utilization », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 1, n° 51, p. 95-124.

BÉLAND, F. (1995). « Costs of ambulatory medical care over the long term in the Québec medicare system », *Canadian Journal of Aging*, vol. 14, n° 2, p. 391-413.

BIRCH, S., et J. EYLES (1992). « Equity and efficiency in health care delivery: The distribution of health-care resources in Canada and its relationship to needs for care » dans CHYTIL, M., G. DURU, W. V. ELMEREN et C. FLAGLE (éd.), *Health Systems-The Challenge of Change*, Prague, Omnipress.

CAMIRAND, J., R. BLAIS et F. BÉLAND (1994). « La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec 1987; », *62e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, Montréal.

CLEARY, P. D., et A. M. JETTÉ (1984). « The validity of self-reported physician utilization measures », *Medical care*, vol. 22, n° 9, p. 796-803.

DONABEDIAN, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge (Mass.) Harvard University Press.

DUNLOP, S., P. C. COYLE et W. MCISAAC (2000). « Socio-economic status and utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 123-133.

EVANS, R. G., et G. L. STODDART (1990). « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, p. 1347-1363.

FOURNIER, M.-A., et A.-P. CONTANDRIOPOULOS (1997). *Les effectifs médicaux au Québec : Mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir : Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 59 p.

HAYES, M. V., S. M. TAYLOR, L. R. BAINE et B. D. POLAND (1990). « Reported versus recorded health services utilization in Grenada,West-Indies », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 4, p. 455-460.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (1991). *Les déterminants de la santé*, n° 5, 39 p.

KASPER, J. D. (1998). « Asking about access: Challenges for surveys in changing health care environment », *Health Services Research*, vol. 33, n° 3, p. 715-740

McISAAC W., V. GOEL et C. D. NAYLOR (1997). « Socio-economic status and visits to physicians by adults in Ontario, Canada », *Journal of Heath Services and Research Policy*, vol. 2, p. 94-102.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Info-serhum*, Direction de la gestion et de l'information.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, vol. 1, (9e révision), Genève, 783 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1993). *Statistiques annuelles 1992*, Québec, 307 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1999). *Statistiques annuelles 1998*, Québec, 241p.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1977). *A Summary of Studies of Interviewing Methodology*, National Center for Health Statistics, Rockville MD, 74 p.

WENNBERG, J. E. (1993). « Future directions for small area variations », *Medical Care*, vol. 31, n° 5, supplement, p. YS75-YS80.

Chapitre 20

Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Lysette Trahan
Pauline Bégin
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jacques Piché
Direction de la main-d'œuvre médicale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

L'utilisation des services hospitaliers et de la chirurgie d'un jour est intimement liée à l'état de santé des personnes (Andersen, 1968; Benzeval et Judge, 1994). Les caractéristiques socioéconomiques sont également reconnues par plusieurs auteurs comme étant des facteurs influençant le recours à l'hospitalisation (McMahon et autres, 1993; Bindman et autres, 1995; Carlisle et autres, 1995; Hofer et autres, 1998). Ainsi, une scolarité et un revenu plus élevés sont généralement associés à un recours moins fréquent à l'hospitalisation. À état de santé égal, l'effet de ces caractéristiques socioéconomiques serait moins marqué; cependant, l'association avec un recours moins fréquent à l'hospitalisation demeure significatif même lorsqu'on contrôle la variable état de santé. La relation entre le niveau socioéconomique et le recours à l'hospitalisation n'est peut-être pas si simple. Gittelsohn et Powe (1995) ont démontré une relation positive entre un niveau de revenu plus élevé et un recours plus important aux interventions dites plus discrétionnaires et, par contre, une relation négative entre le niveau de revenu et le recours à l'hospitalisation pour des problèmes de santé de longue durée ou davantage liés aux habitudes de vie.

Le recours à l'hospitalisation dépend également du mode d'organisation des services, telles la disponibilité des ressources et leur répartition sur le territoire (Donabedian, 1973; Béland, 1994; Evans et Stoddart, 1990), mais il peut aussi être associé à d'autres facteurs relevant plutôt des dispensateurs eux-mêmes. En effet, certaines variations considérables dans les taux de chirurgie d'un territoire à l'autre ne peuvent être expliquées ni par l'état de santé, ni par les caractéristiques socioéconomiques, ni par le mode d'organisation des services, mais plutôt par des différences dans les attitudes et les pratiques professionnelles des dispensateurs de services (Clark, 1990; Roos, 1989; Blais, 1993; Blais et autres, 1997).

Dans la foulée des récentes transformations du système de santé et des services sociaux, différentes stratégies ont été mises en place pour faire face à la fois à la croissance des besoins et à la nécessité de contenir les coûts. Dans le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et une place plus grande occupée par la chirurgie d'un jour. Les CLSC, pour leur part, ont vu leur clientèle s'accroître et offrent une gamme plus étendue de services (Trahan et autres, 1999). Dans un tel contexte et comme l'ont observé Côté et autres (1998) dans une récente étude, la participation de la famille et des proches à la prestation des services est appelée à s'intensifier au cours des prochaines années.

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent d'identifier certains des facteurs associés au recours à la chirurgie d'un jour, à l'hospitalisation et aux services posthospitaliers. Ainsi, le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est analysé en fonction des caractéristiques démographiques et

socioéconomiques des individus, de leurs conditions de vie, de leur état de santé et de leur région de résidence, information que d'ailleurs on ne retrouve pas entièrement dans les fichiers administratifs. Les données permettent également d'estimer l'importance du recours aux services à domicile à la sortie de l'hôpital ou après une intervention en chirurgie d'un jour, en distinguant la nature du service requis et la source d'aide à laquelle les personnes ont eu recours, incluant la famille et les proches. Enfin, les données de l'enquête permettent de connaître la perception que les gens ont de la rapidité d'accès à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation, de la suffisance du temps de séjour hospitalier, de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour et de la suffisance de l'aide à domicile reçue après une intervention.

20.1 Aspects méthodologiques

20.1.1 Indicateurs

Le présent chapitre aborde quatre aspects de l'utilisation des services : le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation, le recours aux services posthospitaliers à domicile, la perception des personnes utilisatrices des services et l'accessibilité géographique. Les questions proviennent des sections VII et VIII du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI).

Le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est mesuré, dans le premier cas, par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été traitées à l'hôpital pour une opération sans y avoir passé la nuit et, dans le second cas, par la proportion de celles qui, au cours de la même période, ont passé au moins une nuit à l'hôpital, quelle que soit la raison (QRI105 et QRI118). Les questions QRI106 et QRI119 permettent de connaître le nombre de fois que la personne a été traitée en chirurgie d'un jour ou hospitalisée.

Le recours aux services posthospitaliers concerne le dernier épisode de chirurgie d'un jour ou la dernière hospitalisation. Il est traité à partir de deux indicateurs. Le premier porte sur le type de services reçus (QRI111, QRI114, QRI126 et QRI129). Il est mesuré à partir du nombre de répondants qui, à la suite d'une chirurgie d'un jour ou d'une hospitalisation, ont reçu à domicile, soit des traitements (pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.), soit de l'aide (pour manger, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc.), étant entendu que les personnes ne recevaient pas ces traitements ou cette aide avant ces événements. Le second indicateur précise qui a donné les traitements ou a fourni l'aide (QRI112, QRI115, QRI127 et QRI130). Il se divise en trois catégories : la famille et les proches exclusivement, habitant ou non avec la personne qui reçoit cette aide, les organismes extérieurs (CLSC, organismes communautaires, agences privées) et les aidants mixtes, soit les proches et les organismes extérieurs.

La perception des personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ou hospitalisées est examinée selon deux dimensions : l'accès et les services reçus. Dans les deux cas, la mesure porte sur le dernier épisode de chirurgie d'un jour ou la dernière hospitalisation. La satisfaction quant à l'accès est mesurée par la perception que les personnes ont du délai d'attente entre le moment où la personne a été informée de la nécessité d'être traitée en chirurgie d'un jour ou d'être hospitalisée et le moment où ces événements se sont produits (QRI108, QRI109, QRI123 et QRI124). La satisfaction à l'égard des services reçus est mesurée par la perception qu'ont les répondants de l'à-propos, à la suite d'une chirurgie, de passer la première nuit à leur domicile plutôt qu'à l'hôpital, de la suffisance du temps passé à l'hôpital et de l'aide à domicile reçue après la chirurgie d'un jour ou l'hospitalisation (QRI110, QRI117, QRI125 et QRI132).

Enfin, on a analysé l'accessibilité géographique aux services hospitaliers en comparant, entre diverses catégories[1] de régions, les taux d'admissions à l'hôpital et en chirurgie d'un jour, les délais d'attente avant l'admission et la durée du séjour hospitalier, ainsi que l'opinion exprimée au sujet des délais d'attente, de la suffisance du séjour hospitalier et de l'à-propos de la chirurgie d'un jour.

20.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Le recours à l'hospitalisation n'a pas été traité dans l'enquête de 1992-1993. Ce sujet a cependant été abordé en 1987. Toutefois, il n'est pas possible de comparer les données de la présente enquête avec cette dernière, la plupart des questions posées dans la présente enquête l'étant pour la première fois. Quant à celles qui faisaient partie de l'enquête de 1987, leur formulation différente rend toute comparaison impossible. Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour est abordé pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec.

20.1.3 Portée et limites des données

Compte tenu des faibles proportions de personnes qui ont été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour, les résultats exposés dans le présent chapitre s'appuient sur un échantillon dont la taille est fortement réduite comparativement à celui de l'ensemble des répondants de l'enquête. Il faut donc garder à l'esprit que les marges d'erreur statistique s'accroissent lorsque la taille d'un échantillon diminue. Plus cette taille est faible, plus les écarts entre les sous-groupes doivent être prononcés pour être jugés statistiquement significatifs. Mentionnons, par ailleurs, que le taux de non-réponse partielle est inférieur à 2 % pour toutes les questions portant sur l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour ou les services posthospitaliers.

Lorsque l'on compare les données de l'enquête à celles du fichier MED-ÉCHO en tenant compte du nombre de personnes hospitalisées et de l'ensemble des raisons d'hospitalisation, on constate que la mesure du recours à l'hospitalisation déclaré correspond presque parfaitement à celle du recours observé dans le fichier (6,4 % c. 6,5 %). Il en va de même pour l'estimation de la durée de séjour. La durée moyenne des séjours déclarée est de 7 jours comparativement à 7,3 jours dans le fichier. La mesure ne semble donc pas être touchée par un biais de déclaration, ce qui est possible lorsqu'un indicateur fait appel à la mémoire du répondant (Hayes et autres, 1990).

Par ailleurs, la proportion du recours à la chirurgie d'un jour obtenue dans le cadre de l'enquête est supérieure à celle apparaissant dans le fichier MED-ÉCHO (4,2 % c. 2,7 %). Il se peut cependant que les répondants aient identifié comme chirurgie d'un jour les opérations réalisées en clinique externe, alors que ces dernières ne sont pas considérées au fichier MED-ÉCHO comme étant de la chirurgie d'un jour.

Les données de l'enquête ne permettent pas d'estimer si la mesure de la perception que la population a des services reçus est influencée par un biais relié au délai entre le recours aux services et la date de l'enquête. Ley et autres (1976) ont trouvé que les patients sondés pendant leur séjour ou plusieurs mois après leur sortie exprimaient une plus grande satisfaction que ceux qui avaient reçu leur congé peu de temps avant l'enquête. Le temps pourrait atténuer les irritants vécus au moment de l'hospitalisation ou de la chirurgie d'un jour ou à la suite de ces événements.

En ce qui concerne les délais d'attente, les personnes qui ont besoin d'être admises à l'hôpital ont parfois à subir plusieurs délais avant de l'être effectivement. Il y a d'abord le délai initial lors de la prise de rendez-vous avec le médecin et les délais successifs si le patient est référé à d'autres médecins pour consultation. Il peut y avoir également un délai pour passer certains examens ou tests diagnostics. L'information recueillie

---

[1] Pour cette analyse, les régions ont été regroupées en quatre catégories, soit les régions centrales (Montréal-Centre, Laval et Québec), les régions périphériques des régions centrales (Lanaudière, Laurentides, Montérégie et Chaudière–Appalaches), les régions intermédiaires (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Bois-Franc, Estrie et Outaouais) et, enfin, les régions éloignées (Abitibi–Témiscamingue, Nord-du-Québec, Côte-Nord et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

par l'enquête porte spécifiquement sur le délai entre le moment où le médecin informe le patient qu'il doit être hospitalisé ou inscrit en chirurgie d'un jour et le moment où le patient l'est effectivement.

Bien que les résultats concernant le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation soient présentés dans les mêmes tableaux, il est bon de rappeler que, dans le cas des personnes hospitalisées, l'ensemble des raisons possibles d'hospitalisation sont considérées et non seulement les cas de chirurgie. Il faut donc être prudent lorsque certaines comparaisons sont faites entre la chirurgie d'un jour et l'hospitalisation.

Bien que des études aient démontré que, comparativement à l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour offre une plus grande commodité pour les patients, surtout pour les enfants et les personnes âgées, tout en donnant des résultats cliniques comparables (Muller, 1986; Postuma et autres, 1987; Henderson et autres, 1989; Morgan et Beech, 1990), l'enquête ne permet pas de faire une telle comparaison puisque aucune question ne porte directement sur ces dimensions. Et, même si l'information avait été recueillie, le nombre de cas nécessaires pour constituer des groupes comparables pour une intervention donnée aurait été trop faible.

Les données sur l'accessibilité géographique ne révèlent aucune différence significative entre les types de régions, alors que les données administratives du ministère de la Santé (MED-ÉCHO) montrent des taux d'hospitalisation plus élevés en régions éloignées. Quelques raisons peuvent fournir une explication à ce phénomène. Elles peuvent tenir notamment à la marge d'erreur statistique des données de l'enquête et au fait que l'univers de référence est probablement quelque peu différent. De toute manière, l'évolution récente démontre un rétrécissement des écarts des taux d'admissions hospitalières entre les régions (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Cependant, une fois standardisées selon l'âge et le sexe, les données de l'enquête portant sur les taux d'hospitalisation présentent la même tendance que dans le fichier MED-ÉCHO.

20.2 Résultats

20.2.1 Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation

Selon les résultats de l'enquête, 4,2 % des Québécois ont été traités en chirurgie au cours d'une période de 12 mois, et 6 % ont été hospitalisés au moins une fois au cours de cette même période (tableau 20.1).

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

La proportion de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour augmente avec l'âge. En effet, 2,4 % des jeunes de moins de 15 ans l'ont été comparativement à 6 % chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 20.1). Par contre, l'enquête ne permet pas d'associer le sexe, la scolarité et le niveau de revenu au recours à la chirurgie d'un jour.

Les gens de moins de 65 ans sont, en proportion, moins nombreux a être hospitalisés que les 65 ans et plus (3,5 % à 6 % c. 14 %). Si les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être hospitalisées que les hommes (8 % c. 5 %), c'est que l'ensemble des hospitalisations est pris en considération, ce qui inclut les accouchements. Enfin, il existe un lien entre le recours à l'hospitalisation et le statut socioéconomique. Les personnes les plus faiblement scolarisées sont davantage hospitalisées que celles qui bénéficient d'une scolarité relative plus élevée (8 % c. 6 %), tout comme celles classées très pauvres et pauvres comparativement aux personnes appartenant aux niveaux de revenu moyen supérieur et supérieur (9 % c. 6 % et 4,2 %).

Qu'il s'agisse du recours à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, il n'y a pas d'écart significatif entre les taux d'admission selon le type de régions (données non présentées).

Tableau 20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	%	Pe '000	%	Pe '000
Hommes	4,0	140	5,2	183
Femmes	4,4	160	7,5	272
Sexes réunis				
0-14 ans	2,4	33	3,5	48
15-24 ans	3,5	34	4,4	43
25-44 ans	4,6	107	6,1	142
45-64 ans	4,7	80	6,4	109
65 ans et plus	5,8	47	13,9	113
Total	**4,2**	**300**	**6,4**	**455**
Scolarité relative[1]				
Plus faible	5,3	59	8,4	94
Faible, moyenne ou élevée	4,3	153	6,8	245
Plus élevée	4,7	56	5,7	68
Niveau de revenu				
Très pauvre	4,6*	24	9,4	49
Pauvre	4,8	40	8,7	76
Moyen inférieur	4,3	99	6,5	152
Moyen supérieur	5,1	105	5,5	144
Supérieur	4,0	32	4,2	34

1. Population de 15 ans et plus.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme l'illustre la figure 20.1, 87 % des personnes traitées en chirurgie d'un jour ne l'ont été qu'une seule fois au cours de l'année comparativement à 13 % qui l'ont été plus d'une fois; chez les personnes hospitalisées, ces proportions se chiffrent à 78 % et 22 %, respectivement. Le nombre de fois qu'une personne est hospitalisée au cours d'une année est associé à l'âge. Les personnes de plus de 44 ans, et donc non seulement celles de 65 ans et plus, se démarquent des autres en étant proportionnellement plus nombreuses à être hospitalisées plus d'une fois (27 % et 31 % c. 14 % à 20 %) (tableau 20.2).

Figure 20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 20.2
Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, l'âge et certains indicateurs de santé, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	Une fois	Plus d'une fois	Une fois	Plus d'une fois
	%			
Sexes réunis				
0-14 ans	86,9	13,1**	80,4	19,6*
15-24 ans	90,5	9,5**	84,4	15,6**
25-44 ans	88,7	11,3	86,3	13,7
45-64 ans	87,0	13,0	72,6	27,4
65 ans et plus	81,6	18,4	68,9	31,1
Nombre de problèmes de santé de longue durée				
Aucun problème	91,7	8,3*	90,4	9,6*
Un problème ou plus	84,9	15,1	73,7	26,3
Perception de l'état de santé				
Excellent ou très bon	90,2	9,8*	88,7	11,3*
Bon	87,3	12,7*	77,9	22,2
Moyen	74,1	25,9*	72,3	27,7
Mauvais	85,7	14,3**	52,1	47,9
Total	**87,1**	**12,9**	**77,9**	**22,1**
Pe '000	**261**	**39**	**355**	**101**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Bien que non significatives, certaines différences apparaissent selon le niveau de revenu et la scolarité relative. Ainsi, les personnes plus faiblement scolarisées ou reconnues comme étant très pauvres ont légèrement tendance à être plus souvent hospitalisées (plus d'une fois au cours de l'année) que les autres (24 % c. 21 % et 20 %; 29 % c. 13 % à 24 %) (tableau C.20.1).

Variations selon certains indicateurs de santé

Certains indicateurs de santé tels que la présence ou l'absence de problèmes de santé de longue durée et la perception de l'état de santé sont susceptibles d'influencer le recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour. S'y ajoute, dans le cas de l'hospitalisation, le niveau de détresse psychologique.

Le tableau 20.3 montre que le fait de présenter au moins un problème de santé de longue durée est associé à un recours plus élevé à la chirurgie d'un jour (5 % c. 3,0 %) et à l'hospitalisation (9 % c. 3,4 %). De même, les personnes qui perçoivent leur état de santé comme mauvais sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours à la chirurgie d'un jour que celles qui jugent leur état de santé excellent, très bon ou bon (14 % c. 3,8 % et 4,9 %) et plus nombreuses à être hospitalisées que celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen (32 % c. 15 %).

Tableau 20.3

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	3,8	4,7
Bon	4,9	6,9
Moyen	7,0	15,4
Mauvais	14,0*	32,0
Nombre de problèmes de santé de longue durée		
Aucun problème	3,0	3,4
Un problème ou plus	5,3	8,9
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	4,5	6,3
Élevé	4,9	8,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En contrepartie, les gens percevant leur état de santé comme excellent ou très bon sont moins nombreux à avoir besoin d'une chirurgie d'un jour que ceux qui le perçoivent comme étant moyen (3,8 % c. 7 %) (tableau 20.3). Aussi, les personnes qui jugent leur état de santé excellent ou très bon, ou bon sont, en proportion, moins nombreuses à être hospitalisées que celles qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais (4,7 % et 7 % c. 15 % et 32 %). Les personnes qui rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à recourir à l'hospitalisation que celles qui déclarent un niveau faible ou moyen (8 % c. 6 %).

Non seulement les personnes qui souffrent d'au moins un problème de santé de longue durée sont-elles plus nombreuses en proportion à recourir à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, mais elles sont également proportionnellement plus nombreuses à y recourir plus d'une fois au cours de l'année.

Ainsi, parmi les personnes ayant recouru à la chirurgie d'un jour, 15 % y ont eu recours plus d'une fois au cours de l'année lorsqu'elles souffrent d'un problème de santé chronique, alors que cette proportion est de 8 % chez les personnes n'ayant aucun problème chronique (tableau 20.2). Chez les personnes hospitalisées, ces proportions sont respectivement de 26 % et de 10 %. Parmi les personnes qui ont été hospitalisées, celles qui perçoivent leur état de santé comme mauvais sont plus nombreuses en proportion à être hospitalisées plus d'une fois au cours d'une même année que celles qui le perçoivent comme excellent ou très bon (48 % c. 11 %).

20.2.2 Raisons de la dernière hospitalisation – problèmes à l'origine de la dernière hospitalisation et de la dernière chirurgie d'un jour

Lorsque les personnes sont appelées à préciser la raison de la dernière hospitalisation, environ le tiers des personnes (32 %) déclarent y avoir été admises pour une chirurgie, 29 % pour passer des tests ou être sous observation, 24 % pour y recevoir des traitements et 15 % pour accoucher (données non présentées).

Si on fait exception de la catégorie « Accouchements et complications de la grossesse et de l'accouchement » (16 %), qui ne constitue pas à proprement parler une catégorie problématique puisque la très grande majorité des cas qui s'y retrouvent sont des accouchements normaux, les problèmes les plus fréquemment mentionnés comme étant à l'origine de la dernière hospitalisation sont les troubles de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil circulatoire (11 %), de l'appareil respiratoire (9 %) et les lésions traumatiques (9 %) (tableau 20.4).

Tableau 20.4
Problèmes à l'origine du dernier recours à la chirurgie d'un jour et de la dernière hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	%	Pe '000	%	Pe '000
Tumeurs	7,2	22	3,0	14
Troubles endocriniens[1]	—	—	2,0	9
Problèmes de santé mentale[1]	—	—	2,6	12
Problèmes du système nerveux et des organes des sens	14,2	43	3,9	18
Troubles de l'appareil circulatoire	3,5	11	10,5	48
Troubles de l'appareil respiratoire	6,4	19	9,4	43
Troubles de l'appareil digestif	10,1	30	14,7	67
Problèmes génito-urinaires	7,1	21	7,2	33
Accouchements et complications de la grossesse et de l'accouchement	1,4	4	16,3	74
Maladies de la peau	9,2	28	1,0	4
Problèmes du système ostéo-articulaire	3,4	10	3,7	17
Symptômes mal définis[2]	—	—	5,0	23
Lésions traumatiques	10,5	31	8,7	39
Autres	27,1	81	12,2	55

1. Effectifs insuffisants et regroupés dans « Autres » dans le cas des personnes traitées en chirurgie d'un jour.
2. Effectifs insuffisants dans le cas des personnes traitées en chirurgie d'un jour.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Suivent les problèmes génito-urinaires (7 %), les problèmes du système nerveux et des organes des sens (3,9 %) et du système ostéo-articulaire (3,7 %), les tumeurs (3,0 %) et les problèmes de santé mentale (2,6 %).

Les problèmes du système nerveux et des organes des sens (14 %), les lésions traumatiques (11 %), les troubles du système digestif (10 %) et les maladies de la peau (9 %) sont les principaux problèmes ayant été à l'origine d'un recours à la chirurgie d'un jour.

20.2.3 Délais d'attente

Comme le montrent les données du tableau 20.5, les personnes hospitalisées le sont dans des délais beaucoup plus courts que les personnes inscrites en chirurgie d'un jour. Ainsi, près de trois personnes sur quatre ont attendu moins d'une semaine avant d'être hospitalisées, alors que cette proportion est d'environ une sur quatre pour les personnes traitées en chirurgie d'un jour. À l'autre extrême, moins de 7 % des personnes hospitalisées ont attendu au moins trois mois alors que cette proportion atteint 20 % pour les personnes opérées en chirurgie d'un jour.

Tableau 20.5
Durée de l'attente pour être traité en chirurgie d'un jour ou admis à l'hôpital et opinion exprimée sur ce délai, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Durée de l'attente		
Moins d'une semaine	23,2	78,4
Une semaine à moins d'un mois	25,8	7,3
Un mois à moins de trois mois	31,1	7,4
Trois mois et plus	20,0	6,9
Opinion exprimée sur la durée de l'attente		
Acceptable	74,8	85,6
Un peu ou trop long	25,2	14,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Toutefois, ces résultats ne sont pas directement comparables puisque la clientèle hospitalisée est différente de celle traitée en chirurgie d'un jour. La clientèle hospitalisée est plus âgée et comporte une proportion importante de cas urgents, alors que la clientèle de la chirurgie d'un jour est composée presque essentiellement de cas électifs. Selon que l'on se rapporte à l'une ou l'autre, le temps d'attente a donc une signification et des conséquences tout à fait différentes.

Il n'en demeure pas moins que les personnes traitées en chirurgie d'un jour considèrent dans une proportion plus élevée que leur durée d'attente a été un peu longue ou trop longue. Elles sont 25 % à exprimer cette opinion contre 14 % pour les personnes hospitalisées (tableau 20.5).

À la fois pour les personnes hospitalisées et celles traitées en chirurgie d'un jour, l'opinion exprimée sur les temps d'attente a été mise en relation avec l'âge des personnes, la perception de leur état de santé, leur scolarité et le fait d'avoir ou non des limitations d'activité. Aucune de ces variables n'est associée à l'opinion que les gens ont sur la durée de l'attente (données non présentées).

Quant aux résultats qui concernent l'accessibilité géographique, les données ne permettent pas de déceler de variations significatives des délais d'attente entre les types de régions. Il en est de même pour l'opinion exprimée sur ces délais (données non présentées).

20.2.4 Temps de séjour des personnes hospitalisées – perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos de la chirurgie d'un jour

Le séjour hospitalier a été de trois jours ou moins pour plus de la moitié (54 %) des personnes, de quatre à sept jours pour plus du quart d'entre elles (26 %) et de huit jours ou plus pour environ une personne sur cinq (20 %) (tableau 20.6). La durée de séjour est associée à l'âge, à la perception de l'état de santé ainsi qu'à la raison de l'hospitalisation.

Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que celles de 0 à 44 ans à séjourner à l'hôpital pendant de courtes périodes (39 % c. 63 % à 67 %) et, en contrepartie, plus nombreuses que les personnes de moins de 45 ans à y passer huit jours ou plus (36 % c. 7 % à 10 %). Les gens qui qualifient leur état de santé de mauvais sont, en proportion, près de cinq fois plus nombreux à passer de longs séjours (huit jours ou plus) comparativement à ceux qui jugent leur état de santé comme excellent ou très bon (49 % c. 9 % et 10 %, respectivement). Enfin, les personnes qui mentionnent un accouchement comme raison d'hospitalisation sont, en proportion, moins nombreuses que les autres à séjourner longtemps à l'hôpital (2,1 % c. 18 % à 30 %).

Tableau 20.6
Durée du séjour hospitalier selon l'âge, la perception de l'état de santé et la raison de l'hospitalisation, population hospitalisée, Québec, 1998

	Trois jours ou moins	Quatre à sept jours	Huit jours ou plus
		%	
Sexes réunis			
0-14 ans	65,5	27,8*	6,7**
15-24 ans	67,0	24,2*	8,8**
25-44 ans	63,0	26,6	10,3*
45-64 ans	49,0	26,0	25,0
65 ans et plus	39,4	24,8	35,8
Perception de l'état de santé			
Excellent	65,9	24,9*	9,3**
Très bon	64,0	26,2	9,8*
Bon	53,2	27,1	19,7
Moyen	43,5	27,8	28,7
Mauvais	32,5*	19,1**	48,5
Raison de l'hospitalisation			
Intervention chirurgicale	52,6	26,2	21,2
Tests et observation	61,6	20,1	18,3
Traitements	41,6	28,3	30,1
Accouchement	65,7	32,2	2,1**
Total	**54,4**	**25,9**	**19,6**
Pe '000	**248**	**118**	**89**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

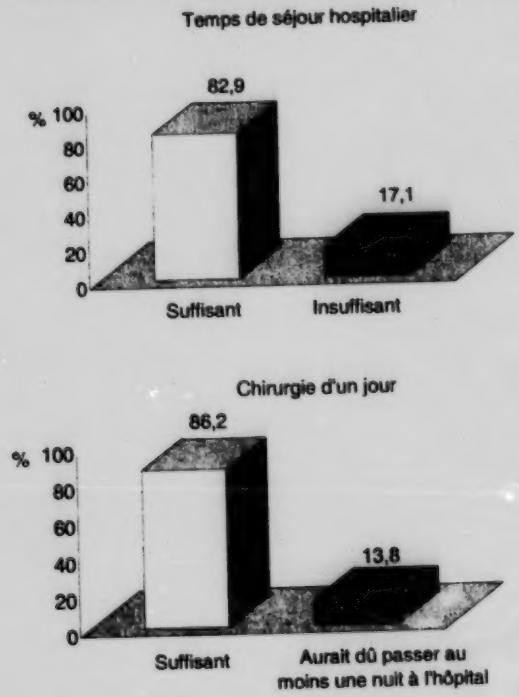
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Parmi les autres variables retenues, certaines tendances apparaissent. Ainsi, les personnes considérées comme étant très pauvres ou plus faiblement scolarisées ont davantage tendance à passer des séjours plus longs que les plus fortement scolarisées ou fortunées (26 % c. 13 % et 22 % c. 16 %) (tableau C.20.2). De même, les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont tendance à faire de plus longs séjours que celles ayant un niveau bas ou moyen (24 % c. 18 %). Il faut rappeler que ces différences ne sont pas significatives.

Comme l'illustre la figure 20.2, la majorité de la population considère la durée du séjour hospitalier suffisante (83 %) et une proportion aussi élevée (86 %) estime appropriée la chirurgie d'un jour, c'est-à-dire sans avoir eu à passer une seule nuit à l'hôpital.

Figure 20.2
Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier et de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour, population hospitalisée et population traitée en chirurgie d'un jour, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à mentionner que la durée du séjour hospitalier était insuffisante (26 % c. 15 %) (tableau 20.7), tout comme celles qui souffrent de problèmes de santé de longue durée, comparativement à celles qui n'en déclarent aucun (19 % c. 12 %). L'enquête ne permet toutefois pas d'établir de lien entre le type de régions où résident les personnes et la perception quant à la suffisance du séjour hospitalier.

Encore une fois, parmi les autres variables, certaines tendances se dessinent. Ainsi, la proportion de personnes qui jugent insuffisante la durée de leur séjour est un peu plus élevée chez les 65 ans et plus (22 % c. 9 % à 18 %) ainsi que chez les individus ayant une plus faible scolarité relative (22 % c. 16 %) (tableau C.20.3). Par contre, cette proportion est plus faible chez les gens qui s'estiment en excellente ou en très bonne santé (12 % c. 18 % à 28 %).

Tableau 20.7
Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon certains indicateurs de santé, population hospitalisée, Québec, 1998

	Temps de séjour	
	Suffisant	Insuffisant
	%	
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	85,4	14,6
Élevé	73,7	26,3
Nombre de problèmes de santé de longue durée		
Aucun problème	88,5	11,5*
Un problème ou plus	81,0	19,0
Total	**82,9**	**17,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la perception que la population a de l'à-propos de la chirurgie d'un jour et les indicateurs de santé ou les caractéristiques démographiques et socioéconomiques retenus, y compris le type de régions de résidence.

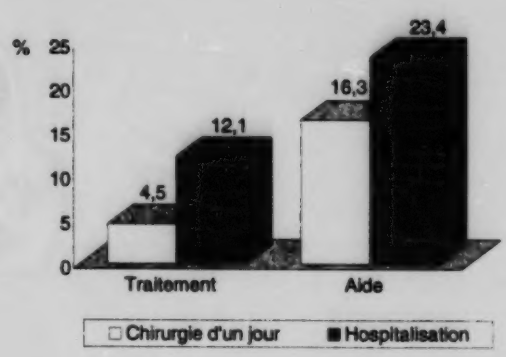
20.2.5 Utilisation des services posthospitaliers et perception quant à leur suffisance

Tel que l'illustre la figure 20.3, parmi les personnes traitées en chirurgie d'un jour qui ne recevaient antérieurement ni traitement (par exemple, pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.) ni aide à domicile (par exemple, aide pour manger, se laver, faire le ménage, etc.), seulement 4,5 % ont reçu des traitements et 16 % ont obtenu de l'aide après l'intervention. Ces proportions sont respectivement de 12 % et de 23 % chez les personnes hospitalisées.

Après une chirurgie d'un jour, les proches représentent la principale source d'aide, que ce soit pour les traitements (58 %) ou pour l'aide aux soins personnels ou autres activités du quotidien (96 %) (tableau 20.8). Les organismes extérieurs, principalement les CLSC, sont impliqués auprès de 36 % des personnes recevant des traitements.

Chez les personnes hospitalisées, ce sont surtout les organismes extérieurs (principalement les CLSC) qui leur dispensent des traitements à domicile (69 %).

Figure 20.3
Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les proches sont les soignants dans 15 % des cas et, dans 17 % des cas, l'assistance est mixte, c'est-à-dire qu'elle provient à la fois de la famille et des proches ainsi que des organismes extérieurs (CLSC, organismes privés ou organismes communautaires).

Tableau 20.8
Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services et la source d'aide, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
		Pe		Pe
	%	'000	%	'000
Traitement à domicile				
Famille et proches	57,9*	8	15,0*	8
CLSC, organisme privé ou organisme communautaire	36,4**	5	68,5	38
Mixte[1]	5,7**	1	16,5*	9
Aide à domicile				
Famille et proches	96,3	47	81,2	86
CLSC, organisme privé ou organisme communautaire	2,0**	1	10,5*	11
Mixte[1]	1,7**	1	8,3*	9

1. L'aide est mixte, c'est-à-dire qu'elle provient à la fois de la famille et des proches et du CLSC, d'un organisme privé ou d'un organisme communautaire.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En contrepartie, l'aide à domicile, c'est-à-dire l'aide pour les soins personnels, les tâches domestiques, etc., est surtout sous la responsabilité de la famille et des proches (81 %) (tableau 20.8).

Les données concernant les traitements et l'aide reçus à domicile après l'intervention ont été mises en relation avec plusieurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi qu'avec le nombre de problèmes de santé de longue durée et la raison de l'hospitalisation. Étant donné la faible taille de la sous-population qui reçoit ces services, seules les données montrant des différences significatives sont présentées.

Ainsi, en ce qui concerne les traitements à domicile, les personnes seules et les familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir des traitements à domicile à la suite d'une hospitalisation comparativement à celles vivant en couple, avec ou sans enfants (17 % c. 10 %) (tableau 20.9). Quant à l'aide à domicile, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à recevoir ce type de services (sous forme de soins personnels ou autres) tant après une chirurgie d'un jour (21 % c. 11 %) qu'après une hospitalisation (28 % c. 17 %). C'est surtout après un accouchement que la proportion de femmes affirmant avoir reçu de l'aide est la plus élevée, soit 33 % comparativement à 15 % après une hospitalisation pour des tests ou pour observation.

La satisfaction à l'égard de l'aide reçue à domicile est très élevée. Ainsi, 88 % de la population juge suffisante l'aide reçue à la suite d'une chirurgie d'un jour et 85 %, à la suite d'une hospitalisation (figure 20.4).

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la perception de la suffisance de l'aide post-hospitalière reçue à domicile et l'ensemble des caractéristiques démographiques et socioéconomiques et indicateurs de santé retenus.

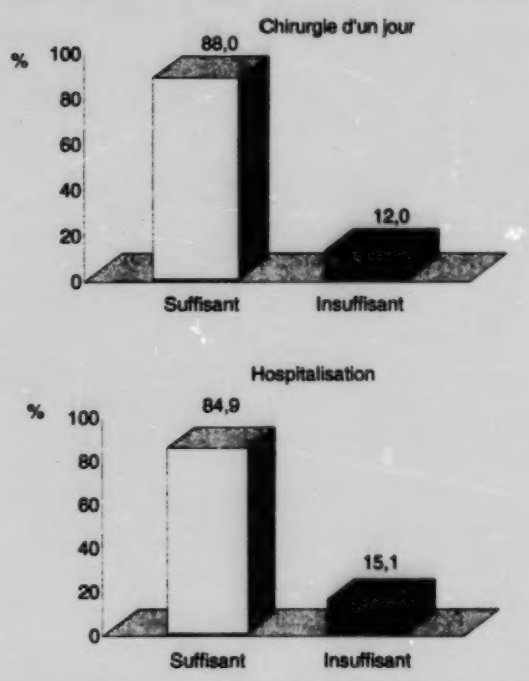
Tableau 20.9
Utilisation des services posthospitaliers à domicile selon le type de services, la situation familiale, le sexe et la raison de l'hospitalisation, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour	Personnes hospitalisées
	%	
Traitements à domicile		
Situation familiale		
Personnes seules ou familles monoparentales	6,2	16,9
Couples avec ou sans enfants	3,7*	10,1
Aide à domicile		
Hommes	10,7	17,2
Femmes	21,2	27,5
Raison de l'hospitalisation[1]		
Intervention chirurgicale	...	29,2
Tests et observation	...	15,2
Traitements	...	19,9
Accouchement	...	33,0

1. S'applique uniquement dans le cas des personnes hospitalisées.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure 20.4
Perception de la suffisance de l'aide post-hospitalière reçue à domicile, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée ayant reçu des services posthospitaliers à domicile, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que 6 % de la population québécoise a été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année et que 4,2 % a été traitée en chirurgie d'un jour. L'état de santé est la variable qui influence le plus le recours aux services de santé. L'enquête confirme également les résultats de plusieurs études quant au lien existant entre un recours plus fréquent à l'hospitalisation et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques comme un âge plus avancé, une plus faible scolarisation et un revenu moindre.

Les délais d'attente avant l'admission à l'hôpital sont beaucoup moins longs pour les personnes hospitalisées que pour celles traitées en chirurgie d'un jour. Ces deux types de clientèle ne sont toutefois pas comparables. Une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée des personnes arrivant à l'urgence dans un état de santé qui requiert une hospitalisation immédiate. On ne peut donc pas conclure que les délais d'attente de la chirurgie d'un jour sont pires que ceux de l'hospitalisation. Par ailleurs, on doit souligner que les délais d'attente ne varient pas en fonction de la scolarité, ce qui indique que les personnes moins scolarisées ne subissent pas des délais plus longs que les personnes davantage scolarisées. Il s'agit là d'un aspect de l'équité d'accès aux services auquel notre système de soins semble répondre favorablement. Il faut toutefois interpréter ce résultat avec prudence, compte tenu que la faible taille de l'échantillon des personnes hospitalisées ne permet pas une grande précision statistique.

Les questions portant sur l'utilisation des services à domicile après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour fournissent des renseignements intéressants à propos de l'aide reçue et des sources d'aide, d'autant plus que, jusqu'à présent, le sujet a été peu couvert par la littérature. Une plus grande proportion de personnes ayant été hospitalisées que de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ont recours aux services posthospitaliers à domicile, situation concevable dans la mesure où l'on estime que leur condition physique est plus fragile que celle des individus traités en chirurgie d'un jour, et leur convalescence, un peu plus longue. Dans les deux cas, le recours aux traitements (ex. : pansement, injection, etc.) est moins important que le recours à l'aide (ex. : soins personnels, entretien ménager, etc.).

La famille et les proches sont la source principale d'assistance personnelle tant pour les personnes hospitalisées que pour celles ayant subi une chirurgie d'un jour. Par contre, pour ce qui est des traitements, les proches jouent un rôle important auprès des personnes traitées en chirurgie d'un jour tandis que, chez celles qui ont été hospitalisées, les CLSC participent davantage. Le fait que le patient doit être accompagné par une personne responsable pour être admissible à la chirurgie d'un jour (Brosseau et Héroux, 1995), et que cette personne est le plus souvent un membre de la famille ou un proche, peut sans doute expliquer la participation importante de ces derniers tant aux traitements qu'à l'aide à domicile.

L'enquête n'a pas permis de dégager de lien significatif entre la prévalence des traitements reçus à domicile après une hospitalisation et les variables retenues, exception faite des personnes seules et des familles monoparentales qui sont, en proportion, plus nombreuses que celles vivant en couple, avec ou sans enfants, à en recevoir. Quant à l'aide à domicile, les femmes en reçoivent plus que les hommes, tant après une chirurgie d'un jour qu'après une hospitalisation. Le fait que les femmes qui accouchent reçoivent proportionnellement plus d'aide que les personnes hospitalisées pour toute autre raison peut expliquer en partie un tel résultat.

Une proportion élevée de répondants jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admis à l'hôpital ou avant d'être traités en chirurgie d'un jour, tout comme ils estiment suffisant le temps de séjour hospitalier et perçoivent comme suffisante l'aide à domicile reçue après une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation. L'interprétation de ces taux de satisfaction pose une difficulté dans la mesure où les attentes préalables ne sont pas connues; si ces dernières étaient très faibles, un taux de satisfaction élevé n'aurait rien de surprenant. De plus, aucun repère ne permet d'affirmer que ces taux sont optimaux ou non. Quoi qu'il en soit, des problèmes demeurent puisque de 12 % à 25 % des personnes expriment une insatisfaction à l'égard de l'un ou l'autre des aspects traités.

Les résultats de l'enquête sur l'accessibilité géographique ne permettent pas d'établir d'écarts significatifs entre les catégories de régions. De manière générale, le fait de résider dans une catégorie de régions plutôt que dans une autre n'a pas d'incidence sur les taux d'admissions et les délais d'attente pour être hospitalisé ou traité en chirurgie d'un jour. Le même constat s'applique à la durée du séjour hospitalier. L'opinion que les personnes concernées expriment lorsqu'on les interroge sur les délais d'attente, la durée du séjour hospitalier et la chirurgie d'un jour ne varie pas non plus de manière significative entre les catégories de régions.

Pour approfondir les résultats, il serait intéressant d'analyser le recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en fonction de variables comme le groupe ethnique et de certains déterminants de l'état de santé comme le tabagisme ou la consommation d'alcool. On pourrait de plus procéder à une analyse multivariée des facteurs associés au recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en distinguant ceux qui sont une manifestation de l'état de santé, ceux qui caractérisent les personnes et leurs conditions de vie ou encore ceux qui relèvent de l'accessibilité aux ressources. Une telle analyse permettrait d'évaluer l'importance relative des uns aux autres.

La prochaine enquête devrait continuer à explorer l'utilisation des services posthospitaliers à domicile, surtout dans le contexte actuel, dans lequel la tendance est à la réduction des séjours et à la complexification des interventions effectuées en chirurgie d'un jour. Une question complémentaire portant sur le besoin potentiel de services, satisfait ou non, pourrait être ajoutée, ce qui permettrait de raffiner l'estimation du besoin de services à domicile à la suite d'une hospitalisation et d'une chirurgie d'un jour.

La satisfaction étant un sentiment qui évolue dans le temps, il serait important de continuer à suivre cette variable dans les futures enquêtes. Une ou deux questions préalables devraient permettre de mieux situer les attentes des gens à propos des dimensions mesurées.

Il serait sans doute possible d'estimer encore plus précisément la proportion de personnes traitées en chirurgie d'un jour si une question visant à distinguer le recours à la chirurgie d'un jour des services reçus en clinique externe était introduite. Afin d'évaluer les conséquences potentiellement négatives du recours à la chirurgie d'un jour, la prochaine enquête pourrait tenter de mieux cerner l'utilisation des services après une chirurgie d'un jour, comme les visites en cabinet privé, les visites à l'urgence, les consultations en clinique ou le recours à Info-Santé CLSC, tout en approfondissant les raisons qui incitent les gens à utiliser ces services.

Enfin, dans les prochaines enquêtes, il sera possible de faire un suivi de l'évolution de la satisfaction générale de la population envers le système de santé. Lors de la présente enquête, 24 % des personnes âgées de 15 ans et plus se sont dites peu ou pas satisfaites des services de santé offerts dans leur région, ce qui représente un taux d'insatisfaction assez élevé. Il sera donc intéressant de suivre l'évolution de ce taux et d'en approfondir les raisons au cours de la prochaine enquête.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'enquête permettent, pour une première fois, d'estimer l'ampleur des services à domicile reçus après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. On pourra mettre à profit ces résultats dans la planification et la réorganisation des services à domicile en tenant compte des tendances qui se maintiennent en matière de réduction des séjours hospitaliers et d'augmentation des soins d'un jour.

La participation importante de la famille et des proches à la prise en charge des soins et de l'aide auprès des personnes ayant été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour constatée dans l'étude fait ressortir le besoin de mieux appuyer ces aidants, qui sont, selon plusieurs auteurs, très souvent des femmes, surtout dans la perspective que le virage ambulatoire amorcé ces dernières années continue de s'amplifier (Therrien, 1987; Stone et autres, 1987; Garant et Bolduc, 1990; Brody, 1990; Saillant, 1992; Guberman et autres, 1993; Canadian Study of Health and Aging, 1994).

Les femmes représentent un groupe cible à privilégier dans la planification et l'organisation des services posthospitaliers à domicile ou consécutifs à une chirurgie d'un jour. Non seulement sont-elles des aidantes ou des soignantes de premier plan, mais encore elles sont, selon les données de l'enquête, plus nombreuses que les hommes à recevoir de l'aide, surtout à la suite d'un accouchement, ce qui nous amène à penser que leurs besoins sont potentiellement plus grands.

Bibliographie

ANDERSEN, R. M. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*, Research series n° 25, Center of Health Administration Studies, University of Chicago.

BÉLAND, F. (1994). « L'accès aux services de santé et les régimes publics d'assurance maladie » dans DUMOND, F., et autres (éd.), *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de la recherche sur la culture, Québec, p. 843-867.

BENZEVAL, M., et K. JUDGE (1994). « The determinants of hospital utilisation: Implications for resource allocation in England », *Health Economics*, vol. 3, n° 2, p. 105-116.

BINDMAN, A. B., et autres (1995). « Preventable hospitalizations and access to health care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 4, p. 305-311.

BLAIS, R. (1993). « Variations in surgical rates in Quebec: Does access to teaching hospitals make a difference », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 148, n° 10, p. 1729-1736.

BLAIS, R., P. BOYLE, R. PINEAULT et D. NADEAU (1997). *Facteurs associés à l'utilisation de la chirurgie d'un jour dans les hôpitaux de courte durée du Québec*, Rapport du GRIS n° 97-07, Université de Montréal.

BRODY, E. M. (1990). *Women in the middle: Their parent-care years*, New York, Springer Publishing Company.

BROSSEAU, P., et M. HÉROUX (1995). *La chirurgie d'un jour et son organisation*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 71 p.

CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING (1994). « Patterns of caring for persons with dementia in Canada », *Canadian Journal on Aging*, vol. 13, n°4, p. 470-487.

CARLISLE, D. M., et autres (1995). « Geographic variations in rates of selected surgical procedures within Los Angeles County », *Health Services Research*, vol. 30, n° 1, p. 27-42.

CLARK, J. D. (1990). « Variation in hospital use rates: Do physician and hospital characteristics provide the explanation? », *Society and Science Medicine*, vol. 3, p. 67-82.

CÔTÉ, D., E. GAGNON, C. GILBERT, N. GUBERMAN, F. SAILLANT, N. THIVIERGE et M. TREMBLAY (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Condition féminine, Gouvernement du Canada, 134 p.

DONABEDIAN, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

EVANS, R. G., et G. L. STODDART (1990). « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 12, p. 1347-1363.

GARANT, L., et M. BOLDUC (1990). *L'aide par les proches : Mythes et réalités*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 157 p.

GITTELSOHN, A., et N. R. POWE (1995). « Small area variations in health care delivery in Maryland », *Health Services Research*, vol. 30, n° 2, p. 295-317.

GUBERMAN, N., P. MAHEU et C. MAILLÉ (1993). *Travail et soins aux proches dépendants*, Montréal, Remue-Ménage.

HAYES, M. V., et autres (1990). « Reported versus recorded health service utilization in Grenada, West Indies », *Social science and Medicine*, vol. 31, n° 4, p. 455-460.

HENDERSON, J., et autres (1989). « Day care surgery: Geographical variation trends and readmission rates », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 43, p. 301-305.

HOFER, T. P., et autres (1998). « Use of community versus individual socioeconomic data in predicting variation in hospital use », *Heath Services Research*, vol. 33, n° 2, p. 243-259.

LEY, P. J., et autres (1976). « Increasing patients' satisfaction with communications », *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 15, p. 403.

MCMAHON, L. F., et autres (1993). « Socioeconomic influence on small area hospital utilization », *Medical Care*, vol. 31, n° 5, supplément (mai), p. YS29-36.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Suivi des résultats de la transformation du réseau, Sommaire*, Comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la transformation.

MORGAN, M., et R. BEECH (1990). « Variations in lengths of stay and rates of day care surgery: Implications for the efficiency of surgical management », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 44, p. 90-105.

MULLER, C. (1986). « Outpatient surgery: Are we satisfied? », *American Journal of Public Health*, vol. 76, p. 1086-1087.

POSTUMA, R., et autres (1987). « Pediatric day-care surgery: A 30-year hospital experience », *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 22, n° 4, p. 304-307.

ROOS, L. L. (1989). « Nonexperimental data systems in surgery », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 5, n° 3, p. 341-356.

SAILLANT, F. (1992). « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 28, n° 68, p. 95-105.

STONE, R., G. L. CAFFERATA et J. SANGL (1987). « Caregivers of the frail elderly: A national profile », *The Gerontologist*, vol. 27, n° 5, p. 616-626.

THERRIEN, R. (1987). *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), Québec.

TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE (1999). *Évolution des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires — Ensemble du Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 119 p.

Tableaux complémentaires

Tableau C.20.1

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation selon la fréquence annuelle, le niveau de revenu et la scolarité relative, population traitée en chirurgie d'un jour et population hospitalisée, Québec, 1998

	Personnes traitées en chirurgie d'un jour		Personnes hospitalisées	
	Une fois	Plus d'une fois	Une fois	Plus d'une fois
	%			
Niveau de revenu				
Très pauvre	84,9	15,1**	71,3	28,7*
Pauvre	86,4	13,7**	76,2	23,8*
Moyen inférieur	86,4	13,6*	79,2	20,8
Moyen supérieur	87,4	12,6*	77,5	22,5
Supérieur	91,0	9,0**	87,2	12,8**
Scolarité relative[1]				
Plus faible	84,8	15,2*	76,3	23,7
Faible, moyenne ou élevée	87,7	12,3*	79,4	20,6
Plus élevée	85,0	15,0*	79,8	20,2*

1. Population de 15 ans et plus.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.20.2

Durée du séjour hospitalier selon le niveau de revenu, la scolarité et l'indice de détresse psychologique, population hospitalisée, Québec, 1998

	Trois jours ou moins	Quatre à sept jours	Huit jours ou plus
	%		
Niveau de revenu			
Très pauvre	46,4	27,6*	26,0*
Pauvre	49,2	26,1	24,8*
Moyen inférieur	52,7	27,3	20,1
Moyen supérieur	59,4	24,6	16,0
Supérieur	64,6	23,0*	12,5**
Scolarité relative[1]			
Plus faible	51,2	26,8	22,0
Faible, moyenne ou élevée	52,8	26,8	20,3
Plus élevée	60,0	24,2*	15,9*
Indice de détresse psychologique			
Bas ou moyen	57,1	24,8	18,2
Élevé	49,4	27,1	23,5

1. Population de 15 ans et plus.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.20.3

Perception de la suffisance de la durée du séjour hospitalier selon l'âge, la scolarité relative et la perception de l'état de santé, population hospitalisée, Québec, 1998

	Temps de séjour	
	Suffisant	Insuffisant
	%	
Sexes réunis		
0-14 ans	91,0	9,0**
15-24 ans	84,2	15,8*
25-44 ans	82,0	18,1
45-64 ans	84,6	15,4*
65 ans et plus	78,4	21,6
Scolarité relative[1]		
Plus faible	78,5	21,5*
Faible, moyenne ou élevée	83,7	16,3
Plus élevée	84,0	16,0*
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	88,3	11,7*
Bon	80,8	19,2
Moyen	82,3	17,8*
Mauvais	72,4	27,6*

1. Population de 15 ans et plus.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 21

Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Lise Dunnigan
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Info-Santé CLSC est un service téléphonique qui permet à l'ensemble de la population de communiquer avec des infirmières 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour obtenir de l'information et des conseils au sujet de toute question reliée à la santé et au bien-être. Au besoin, l'infirmière oriente la personne qui appelle vers la ressource sociosanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Ce service est dispensé par les CLSC dans tout le Québec depuis 1995, à l'exception des régions nordiques. Le système de santé québécois a été le premier en Amérique du Nord à mettre en place un tel service dans la plus grande partie de son territoire et Info-Santé CLSC se classe aujourd'hui comme un chef de file dans le domaine des soins infirmiers téléphoniques. Au cours de l'exercice financier 1998-1999, ce service a traité plus de 2,5 millions d'appels, soit 348 appels pour 1000 Québécois.

Les services Info-Santé CLSC ont fait l'objet d'une évaluation provinciale portant sur les cinq premières années d'implantation (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Dans le cadre de cette évaluation, une enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998) a montré que les interventions des infirmières apportent un soutien efficace à la prise en charge des problèmes soumis par les usagers, qu'elles contribuent à l'acquisition ou au renforcement des connaissances de ceux-ci et qu'elles permettent, dans bien des cas, d'éviter des consultations non appropriées au cabinet du médecin ou à la salle d'urgence. La clientèle est composée à 85 % de femmes et la moitié des appels concernent une tierce personne, bien souvent un enfant. Cette étude a fait ressortir la contribution de ce service à l'utilisation judicieuse des ressources du réseau et au renforcement de l'autonomie des individus dans la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches; son rôle est donc lié étroitement aux stratégies proposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992).

Le rapport final de l'évaluation des services Info-Santé CLSC conclut qu'il y aurait avantage, du point de vue tant de la population que du système de santé, à faire en sorte que ce service soit plus largement connu et utilisé. Il recommande entre autres d'en améliorer l'accessibilité en réduisant les délais d'attente et de mieux rejoindre certains des groupes initialement ciblés, notamment les personnes âgées et les personnes d'expression anglaise (MSSS, 1999).

Les objectifs poursuivis dans le cadre de la présente enquête sont donc de mesurer la notoriété d'Info-Santé CLSC (soit la proportion de gens qui connaissent son existence) et de décrire l'utilisation du service dans l'ensemble de la population. L'analyse permettra de comparer les caractéristiques des personnes qui connaissent ce service et qui l'utilisent à celles du reste de la population. Un autre objectif consiste à identifier les personnes qui ont tenté sans succès de faire appel à Info-Santé CLSC afin de savoir quelles démarches ces dernières ont choisi d'entreprendre devant cette situation. Les résultats permettront de mieux orienter les activités de recherche, de développement et de communication afin d'augmenter l'impact du service.

21.1 Aspects méthodologiques

21.1.1 Indicateurs

Les cinq questions portant sur le service téléphonique Info-Santé CLSC figurent à la section XIV du questionnaire autoadministré (QAA). La section débute par la question « Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région? » (QAA194). Cette question, créée pour la présente enquête, a aussi été utilisée lors d'un sondage réalisé au cours de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (SOM, 1998a et 1998b). Dans ce sondage, elle faisait suite à une autre question plus générale et dont les résultats ont été largement rapportés, mais qui ne faisait pas explicitement référence à la région du répondant.

Les deux questions suivantes permettent de connaître la proportion de gens qui ont déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (QAA195) et la fréquence d'utilisation au cours des 12 derniers mois (QAA196). Des questions semblables, mais non identiques, se retrouvaient dans le sondage mentionné plus haut, tandis que la deuxième question faisait aussi partie de l'enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998).

La question QAA197 permet d'identifier les gens qui n'ont pas pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'ils ont tenté de rejoindre le service. Finalement, une dernière question a pour but de décrire les démarches que ces personnes ont dû effectuer auprès d'une autre ressource pour obtenir de l'aide, soit par téléphone ou en se déplaçant (QAA198). Ces deux questions s'inspirent de celles posées lors de l'enquête auprès de la clientèle, mais plutôt que de présenter une situation hypothétique (« Si Info-Santé n'avait pas existé, diriez-vous que... »), elles se rapportent cette fois à un événement réel.

Les questions sur le service Info-Santé CLSC apparaissent pour la première fois dans l'enquête sociale et de santé et ne font donc pas l'objet de comparaisons avec les enquêtes précédentes. On présente d'abord succinctement les données se rapportant à l'utilisation du service en utilisant la population totale comme dénominateur. Viennent ensuite les analyses plus détaillées, qui ont été effectuées en établissant les proportions sur la base des personnes qui connaissent l'existence du service, de façon à supprimer les écarts découlant de cette connaissance du service et à mieux faire ressortir les différences entre les personnes qui utilisent le service et celles qui ne l'utilisent pas. Le profil de la population qui utilise Info-Santé CLSC est aussi décrit en comparaison avec le reste de la population qui dit connaître l'existence du service mais qui ne l'utilise pas. Le recours au service au moins une fois au cours des 12 derniers mois a été retenu pour définir la population qui a récemment utilisé Info-Santé CLSC.

21.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle aux questions 194 à 197 varie de 0,9 % à 2,4 %. D'autre part, il est possible que certaines personnes au sujet desquelles un appel a été fait par l'entremise d'un tiers aient inclus cet appel dans leurs réponses aux questions portant sur l'utilisation du service (QAA195 et QAA196); les taux d'utilisation pourraient ainsi être surestimés, tant dans la présente enquête que dans les études précédentes. Les questions portant sur la fréquence d'utilisation au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA196) et sur les difficultés d'accès lors du dernier appel (QAA197) portent sur une période assez longue pour comporter un biais de mémoire. Par ailleurs, étant donné les faibles effectifs obtenus, les choix de réponse concernant la fréquence d'utilisation ont été regroupés en deux catégories pour obtenir de meilleures estimations (une ou deux fois, trois fois et plus). Enfin, la question portant sur les démarches effectuées auprès d'une autre ressource (QAA198) a récolté des effectifs insuffisants pour permettre une analyse détaillée. Le taux de non-réponse à cette question est de 7,8 %. Une partie de la non-réponse est attribuable aux personnes qui n'ont pas utilisé le service depuis 12 mois; on l'a donc examinée en ne prenant en compte que les personnes qui ont fait une utilisation récente d'Info-Santé CLSC, pour lesquelles le taux de non-réponse partielle ne dépasse pas 5,5 %.

La taille de l'échantillon de la présente enquête et la quantité importante de variables se rapportant à l'état de santé et aux caractéristiques sociodémographiques des répondants permettent d'effectuer une analyse plus complète de la notoriété du service que ne l'ont fait les études précédentes. Par ailleurs, les renseignements sur la population qui utilise le service et sur la fréquence d'utilisation ne sont pas disponibles dans le système d'information du service Info-Santé CLSC, puisque ce dernier ne fournit que des statistiques basées sur les appels traités et non sur les personnes qui l'utilisent; de plus, ce système ne fournit aucune information sur les caractéristiques de la personne qui appelle (lorsqu'il s'agit d'un tiers) et très peu sur celles de la personne qui fait l'objet de l'appel.

21.2 Résultats

21.2.1 Connaissance de l'existence du service Info-Santé CLSC

Parmi la population de 15 ans et plus, on estime que 75 % des gens savent qu'il existe un service téléphonique Info-Santé CLSC dans leur région (tableau 21.1).

Tableau 21.1
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
15-24 ans	60,8	302
25-44 ans	72,0	845
45-64 ans	67,5	568
65 ans et plus	73,7	256
Total	**68,9**	**1 972**
Femmes		
15-24 ans	80,9	385
25-44 ans	84,1	966
45-64 ans	76,5	664
65 ans et plus	75,7	355
Total	**80,1**	**2 370**
Sexes réunis		
15-24 ans	70,7	687
25-44 ans	77,9	1811
45-64 ans	72,0	1232
65 ans et plus	74,8	612
Total	**74,6**	**4 342**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La notoriété est plus élevée chez les femmes (80 % c. 69 % chez les hommes) et chez les personnes de 25 à 44 ans (78 %). Parmi toutes les catégories d'âge et de sexe, la proportion de personnes qui connaissent l'existence de ce service est la plus faible chez les hommes de 15 à 24 ans (61 %).

L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre la scolarité et la notoriété du service, mais cette dernière tend à être un peu moins élevée chez les personnes très pauvres et chez les personnes de niveau de revenu supérieur (70 % dans les deux cas) (tableau 21.2). L'existence de ce service est, en proportion, nettement moins connue parmi les personnes de langue maternelle anglaise (59 %) ou autre (61 %) que chez les francophones (78 %).

Tableau 21.2
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le niveau de revenu et la langue maternelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Niveau de revenu		
Très pauvre	69,8	274
Pauvre	75,2	478
Moyen inférieur	75,6	1 431
Moyen supérieur	75,8	1 679
Supérieur	69,9	480
Langue maternelle		
Français	77,5	3 759
Anglais	58,9	239
Autre	61,4	354

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Parmi toutes les variables étudiées, la notoriété d'Info-Santé CLSC atteint son niveau le plus élevé chez les personnes vivant dans un ménage où le plus jeune enfant est âgé de deux ans ou moins (90 %), en particulier chez les femmes (94 %) (tableau 21.3). Elle diminue chez les deux sexes à mesure que l'âge de l'enfant augmente.

Enfin, la notoriété d'Info-Santé CLSC ne varie pas statistiquement selon la perception de l'état de santé ou le niveau à l'échelle de détresse psychologique (données non présentées)

Tableau 21.3
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur, Québec, 1998

	%	Pe '000
Âge du plus jeune enfant dans le ménage		
Chez les hommes		
0-2 ans	84,9	190
3-5 ans	74,8	112
6-11 ans	73,1	206
12-17 ans	64,0	281
Total	**72,1**	**789**
Chez les femmes		
0-2 ans	94,0	232
3-5 ans	85,0	157
6-11 ans	84,4	249
12-17 ans	78,5	359
Total	**84,2**	**997**
Sexes réunis		
0-2 ans	89,7	422
3-5 ans	80,5	269
6-11 ans	78,9	454
12-17 ans	71,4	641
Total	**78,4**	**1 786**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Toutefois, les personnes qui ont été hospitalisées au cours d'une période de 12 mois et celles qui ont consulté un médecin au cours d'une période de 2 semaines sont proportionnellement un peu plus nombreuses à en connaître l'existence (respectivement 80 % et 77 %) que celles qui n'ont pas été hospitalisées ou qui n'ont pas consulté un médecin au cours de ces périodes (74 % dans les deux cas) (tableau 21.4). Les personnes qui ont subi une chirurgie d'un jour montrent une tendance semblable sans toutefois atteindre le seuil de signification retenu (données non présentées).

Tableau 21.4
Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le fait d'avoir été hospitalisé ou d'avoir consulté un médecin, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

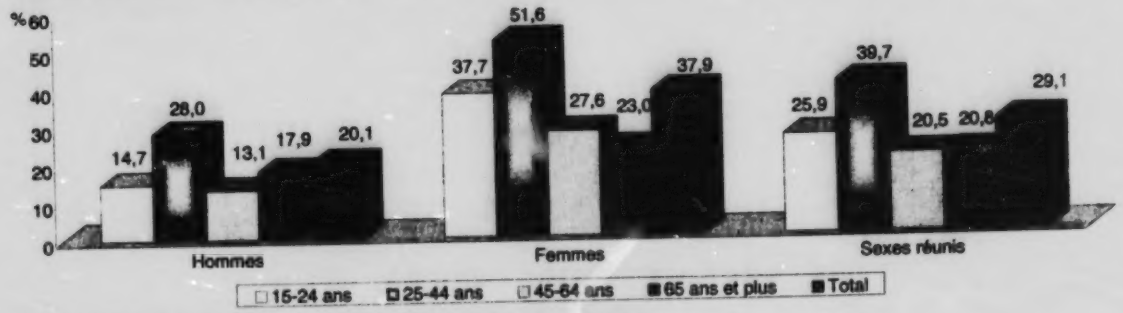
	%	Pe '000
Hospitalisation (au cours d'une période de 12 mois)		
Oui	79,9	325
Non	74,2	4 017
Consultation d'un médecin (au cours d'une période de 2 semaines)		
Oui	77,4	672
Non	74,1	3 670

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

21.2.2 Utilisation à vie du service Info-Santé CLSC

Dans l'ensemble de la population, 29 % des personnes de 15 ans et plus déclarent avoir déjà obtenu un conseil ou une information du service Info-Santé CLSC au moins une fois au cours de leur vie (figure 21.1). Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes (38 % c. 20 %) ainsi que dans le groupe des 25 à 44 ans comparé aux groupes plus âgés (40 % c. 21 % pour les personnes de 45 à 64 ans et pour celles de 65 ans et plus).

Figure 21.1
Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

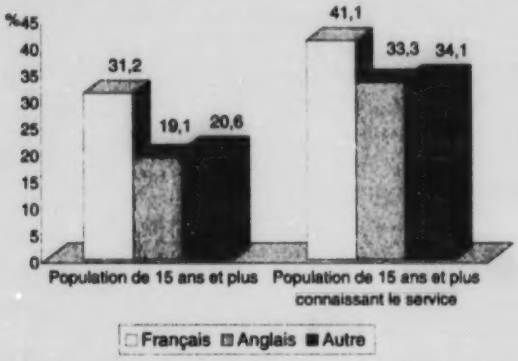


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Si on se limite aux personnes qui connaissent l'existence du service, le taux d'utilisation à vie s'élève à 40 % avec, encore une fois, une proportion plus élevée chez les femmes (49 %) et chez les personnes de 25 à 44 ans (51 %) (tableau C.21.1).

Dans l'ensemble de la population, les personnes de langue maternelle anglaise ou autre que le français sont proportionnellement moins nombreuses à avoir déjà utilisé Info-Santé CLSC (19 % et 21 % respectivement) (figure 21.2); bien qu'il soit moins marqué, cet écart s'observe aussi à l'intérieur de la population informée de l'existence du service.

Figure 21.2
Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998



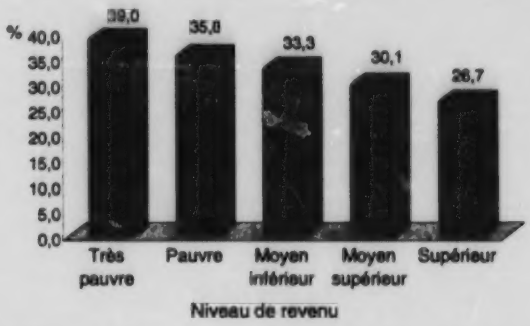
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

21.2.3 Utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois

Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, 23 % des gens déclarent avoir utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion s'élève à 32 % lorsque l'on ne considère que les personnes qui connaissent l'existence du service (tableau C.21.2).

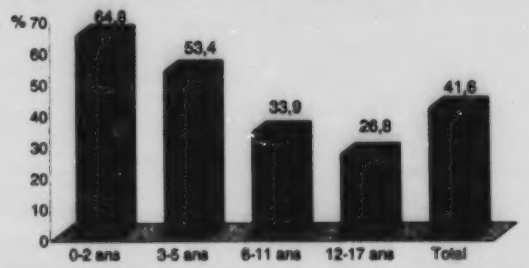
Parmi les personnes qui connaissent l'existence du service, la proportion d'utilisateurs récents présente des variations semblables à celles observées dans la proportion d'utilisateurs à vie en ce qui a trait au sexe, à l'âge et à la langue maternelle. L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre l'utilisation au cours d'une période de 12 mois et le niveau de scolarité (données non présentées); la proportion d'utilisateurs varie cependant avec le niveau de revenu, allant de 39 % chez les personnes très pauvres à 27 % chez celles ayant un niveau de revenu supérieur (figure 21.3). L'utilisation est plus marquée chez les personnes appartenant à des ménages où vit un enfant mineur (42 %) et elle varie avec l'âge du plus jeune enfant, atteignant 65 % dans les cas où ce dernier est âgé de 0 à 2 ans comparativement à 27 % lorsque les enfants sont âgés entre 12 et 17 ans (figure 21.4).

Figure 21.3
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 21.4
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et connaissant l'existence du service, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On tend à trouver un peu moins d'utilisateurs parmi les personnes de 15 à 64 ans vivant dans des ménages qui comptent une personne de 65 ans ou plus, sans toutefois que soit atteint le seuil de signification retenu (27 %) (tableau 21.5). La proportion d'utilisateurs récents augmente avec la détérioration de la perception de l'état de santé et plus encore avec le niveau de détresse psychologique. On observe des variations dans le même sens relativement à la présence de limitations d'activité à long terme et à l'utilisation des services médicaux et hospitaliers (consultation d'un médecin au cours d'une période de 2 semaines, hospitalisation ou chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois). Finalement, on trouve aussi une plus grande proportion d'utilisateurs récents chez les personnes vivant dans un ménage où une autre personne a été hospitalisée ou a subi une chirurgie d'un jour au cours d'une telle période, sans avoir vécu elles-mêmes l'une ou l'autre de ces deux situations.

21.2.4 Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes qui ont utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, la majorité (74 %) déclare avoir appelé une ou deux fois au cours de cette période (tableau C.21.3). Une personne sur cinq (20 %) aurait appelé entre trois et cinq fois et une minorité (6 %) déclare avoir appelé plus de cinq fois.

La proportion de personnes qui ont appelé Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois est plus élevée chez les femmes (28 % c. 23 % chez les hommes) et elle est nettement plus élevée chez les moins de 45 ans (29 %) que dans les autres groupes d'âge (tableau 21.6).

Tableau 21.5
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec 1998

	%	Pe '000
Caractéristiques démographiques		
Vivre dans un ménage comptant un enfant mineur	41,6	743
Avoir de 15 à 64 ans et vivre dans un ménage comptant une personne de 65 ans et plus	27,1	47
Caractéristiques socioéconomiques		
Niveau de scolarité relative plus faible	31,6	253
Niveau de revenu très pauvre	39,0	105
Caractéristiques sanitaires		
Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais)	36,9	176
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	42,0	358
Limitations d'activité à long terme	38,7	179
Consultation d'un médecin au cours d'une période de 2 semaines	39,9	267
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	49,8	160
Chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois	41,9	88
Ne pas avoir été hospitalisé au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui l'a été	41,7	159
Ne pas avoir subi de chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui en a subi une	38,0	101
Ensemble de la population connaissant l'existence du service	**32,0**	**1 381**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 21.6
Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	23,1	107
Femmes	27,5	251
Sexes réunis		
15-24 ans	29,3	66
25-44 ans	29,1	221
45-64 ans	16,4	43
65 ans et plus	21,3	29
Total	**26,0**	**358**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois tend à diminuer avec l'augmentation de la scolarité, allant de 32 % chez les personnes moins scolarisées à 22 % chez les plus scolarisées (tableau 21.7). On observe les mêmes écarts en fonction du niveau de revenu, l'utilisation selon cette fréquence allant de 32 % chez les personnes très pauvres à 21 % chez les personnes à niveau de revenu supérieur.

Tableau 21.7
Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Scolarité relative		
Plus faible	31,7	80
Faible	28,6	83
Moyenne	24,0	67
Élevée	24,3	66
Plus élevée	21,7	62
Niveau de revenu		
Très pauvre	31,5	33
Pauvre	32,8	56
Moyen inférieur	25,7	122
Moyen supérieur	24,3	122
Supérieur	20,5	26
Ensemble de la population ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois	26,0	358

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La présence et l'âge d'un enfant mineur dans le ménage sont les caractéristiques les plus étroitement associées à la fréquence d'utilisation : la proportion de personnes ayant appelé trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois va de 48 % parmi les personnes vivant dans un ménage où le plus jeune enfant est âgé de 0 à 2 ans, à 16 % dans le cas où le plus jeune enfant est âgé de 12 à 17 ans (tableau 21.8). L'utilisation du service à cette fréquence par les personnes de 15 à 64 ans vivant dans les ménages comptant une personne de 65 ans et plus ne diffère pas significativement de l'ensemble (données non présentées).

Tableau 21.8
Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon l'âge du plus jeune enfant dans le ménage, population de 15 ans et plus vivant dans un ménage comptant un enfant mineur et ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Âge du plus jeune enfant dans le ménage		
0-2 ans	48,4	132
3-5 ans	31,3	45
6-11 ans	20,4	31
12-17 ans	16,1	28
Total	**31,8**	**236**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les caractéristiques sanitaires associées à l'utilisation du service trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois sont le fait d'avoir été hospitalisé (43 %), de vivre avec une personne qui a été hospitalisée au cours de cette même période de 12 mois, mais sans l'avoir été soi-même (35 %), d'être limité dans ses activités (34 %) et de présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (30 %) (tableau 21.9). L'utilisation à cette fréquence tend également à être plus élevée parmi les personnes qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais (33 %).

Tableau 21.9
Utilisation d'Info-Santé CLSC trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sanitaires, population de 15 ans et plus ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Caractéristiques sanitaires		
Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais)	32,9	59
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	29,9	107
Limitations d'activité à long terme	33,6	60
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	42,5	68
Ne pas avoir été hospitalisé au cours d'une période de 12 mois, mais vivre dans un ménage comptant une autre personne qui l'a été	34,8	55
Ensemble de la population ayant utilisé le service au cours d'une période de 12 mois	**26,0**	**358**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

21.2.5 Démarches en cas de difficulté d'accès au service Info-Santé CLSC

Lors de leur dernier appel à Info-Santé CLSC, seulement 5,4 % des personnes n'ont pas pu parler à une infirmière (tableau C.21.4). Les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes à rapporter cette difficulté (7 % c. 4,6%) et les personnes de 25 à 44 ans, un peu moins nombreuses que celles des autres groupes d'âge (3,9 % c. 7% à 9%).

Les effectifs obtenus à la question, portant sur les démarches entreprises par les personnes qui n'ont pas eu accès au service, sont encore plus faibles, ce qui rend les estimations peu précises. On peut néanmoins signaler que parmi les personnes qui ont utilisé le service au cours d'une période de 12 mois, environ 41 % de celles qui n'ont pas pu parler à une infirmière disent s'être rendues à l'urgence, au cabinet du médecin ou à une clinique médicale pour obtenir l'aide dont elles avaient besoin, alors que 51 % ont choisi d'effectuer une autre démarche et que 9 % n'ont rien fait (données non présentées; total dépassant 100 % en raison de l'arrondissement des décimales).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La connaissance de l'existence du service Info-Santé CLSC dans la région habitée se situe à 75 % parmi la population de 15 ans et plus. Ce résultat apparaît meilleur que celui obtenu dans le cadre du sondage réalisé pour le compte du MSSS en janvier 1998, alors que 75 % des gens avaient déjà entendu parler d'Info-Santé CLSC, mais que seulement 46 % croyaient que ce service était disponible « dans leur région » (SOM, 1998b). Cependant, cette distinction a peut-être une portée négligeable puisque les taux d'utilisation rapportés dans les deux enquêtes sont comparables : celui obtenu dans la présente enquête s'élève à 29 %, comparé à 28 % dans le sondage de janvier 1998. On doit souligner ici que 60 % des personnes qui ont entendu parler d'Info-Santé CLSC n'ont jamais utilisé ce service.

Le taux d'utilisation au cours d'une période de 12 mois est de 23 % parmi l'ensemble de la population et de 32 % lorsqu'on ne considère que les personnes qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC. Parmi les personnes ayant utilisé ce service au cours d'une telle période, 74 % des gens disent avoir appelé une ou deux fois, alors qu'en janvier 1998, cette proportion était de 67 % (SOM, 1998b); environ 20 % disent avoir appelé entre trois et cinq fois et 6 %, plus de cinq fois. Ces données indiquent que la majorité des personnes

qui utilisent Info-Santé CLSC le font de manière occasionnelle.

La proportion de gens qui n'ont pu parler à une infirmière lors de leur dernier appel est faible (5 %) et se compare à celle mesurée au début de 1998 (SOM, 1998a). Environ 41 % de ces personnes déclarent s'être rendues à l'urgence, au cabinet du médecin ou à une clinique médicale pour obtenir l'aide dont elles avaient besoin à ce moment. Bien que peu précise en raison des faibles effectifs obtenus, cette estimation semble moins élevée que ce que suggéraient les résultats de l'enquête auprès de la clientèle à partir d'une situation hypothétique de non-accès au service (Hagan et autres, 1998).

Si on s'intéresse aux différents sous-groupes de population, on remarque d'abord que les femmes et les personnes de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à connaître l'existence du service et à l'utiliser. Cependant, le groupe qui se démarque le plus à la fois au plan de la notoriété (90 %), de l'utilisation au cours d'une période de 12 mois (65 %) et de la fréquence des appels (48 % ont appelé trois fois ou plus) est celui des personnes qui vivent avec un jeune enfant, en particulier avec un enfant de deux ans ou moins.

Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles ne se démarquent pas de l'ensemble au plan de la notoriété, alors que dans le sondage de janvier 1998, même si les questions différaient de celles utilisées pour la présente enquête, elles ressortaient parmi toutes les variables analysées comme le groupe ayant la plus faible proportion d'individus connaissant ce service (55 %). On y trouve par ailleurs, comme chez les 45-64 ans, une plus faible proportion de personnes ayant déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (21 %), ce qui semble marquer un progrès par rapport aux résultats obtenus dans le sondage de janvier 1998 (13 %) (SOM, 1998a).

Bien que l'enquête ne permette pas de détecter d'association entre la scolarité et la connaissance ou l'utilisation d'Info-Santé CLSC, on note que les personnes moins scolarisées rapportent une plus grande fréquence d'utilisation. On remarque par ailleurs que la proportion d'utilisateurs et la fréquence des appels augmentent à mesure que le revenu diminue; ce phénomène peut être attribuable en partie à la concentration de jeunes parents parmi les couches plus pauvres de la population. On peut néanmoins se réjouir du fait qu'Info-Santé CLSC rejoint bien les personnes des milieux défavorisés, étant donné leur état de santé moins favorable, leur utilisation plus importante des services médicaux et les obstacles plus grands qu'elles rencontrent généralement dans l'accès aux ressources appropriées.

Par ailleurs, un groupe qu'Info-Santé CLSC semble moins bien rejoindre est celui des personnes de langue maternelle autre que le français. Seulement 59 % des personnes de langue maternelle anglaise et 61 % des personnes de langue maternelle « autre » connaissent l'existence du service. Leurs taux d'utilisation à vie sont de 19 % et de 21 % respectivement. Ces données ne diffèrent pas de celles enregistrées lors du sondage de 1998 en ce qui concerne la population anglophone, tandis que le petit nombre de personnes de langue maternelle « autre » n'avait pas révélé d'écart significatif (SOM, 1998a et 1998b). Lorsqu'on examine les taux d'utilisation au cours d'une période de 12 mois en considérant uniquement les personnes qui connaissent l'existence du service, les écarts entre les groupes linguistiques demeurent significatifs mais sont moins importants. Les efforts à déployer pour mieux rejoindre ces groupes devraient donc porter, dans un premier temps, sur la notoriété du service.

Enfin, les personnes qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais, qui ont un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique ou qui ont une limitation d'activités à long terme ne sont pas plus nombreuses à connaître l'existence d'Info-Santé CLSC, mais elles sont plus nombreuses à y faire appel. Les personnes qui ont été hospitalisées au cours d'une période de 12 mois comptent un peu plus de personnes qui connaissent l'existence du service et elles sont proportionnellement plus nombreuses à l'avoir utilisé au cours d'une période de 12 mois et à avoir appelé trois fois ou plus au cours de cette période. Parmi la population ayant utilisé ce service au

cours d'une période de 12 mois, on compte aussi plus de personnes ayant consulté un médecin depuis 2 semaines ou ayant subi une chirurgie d'un jour. On trouve également plus de gens vivant avec une tierce personne qui a été hospitalisée ou qui a subi une chirurgie d'un jour, ce qui concorde avec le fait que la moitié environ de la clientèle d'Info-Santé CLSC appelle au sujet d'une personne de l'entourage (Hagan et autres, 1998).

Éléments de réflexion pour la planification

Dans l'ensemble, ces données confirment l'utilité d'Info-Santé CLSC pour les groupes qui rencontrent des problèmes de santé ou qui doivent utiliser le système de soins et de services, mais elles montrent également que des progrès peuvent encore être accomplis pour accroître la pénétration et l'impact du service. Les groupes auprès desquels il y aurait lieu de mieux faire connaître Info-Santé CLSC et d'encourager son utilisation sont les hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, et les personnes de langue maternelle anglaise ou autre que le français. Il y aurait lieu aussi d'identifier les facteurs susceptibles d'encourager et de faciliter l'utilisation du service chez les personnes qui en connaissent l'existence mais qui ne l'ont jamais utilisé, en particulier chez les 45 ans et plus. Cependant, ces actions ne devraient pas être entreprises avant que les ressources nécessaires soient allouées pour assurer l'accès au service dans un délai d'attente acceptable pour la population.

Bibliographie

HAGAN, L., D. MORIN et R. LÉPINE (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC – Perception des utilisateurs*, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, 163 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Accessibilité continue 24/7 – Service téléphonique*, Gouvernement du Québec, Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC – Rapport final 1994-1999*, Gouvernement du Québec, Québec, 59 p.

SOM INC. (1998a). *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, Québec, 44 p.

SOM INC. (1998b). *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC (Tableaux détaillés)*, Québec, (calculs effectués à l'aide des tableaux Q5 et Q15).

Tableaux complémentaires

Tableau C.21.1
Utilisation à vie d'Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-24 ans	24,9
25-44 ans	39,3
45-64 ans	19,9
65 ans et plus	25,9
Total	**29,9**
Femmes	
15-24 ans	47,2
25-44 ans	62,1
45-64 ans	37,1
65 ans et plus	33,7
Total	**48,7**
Sexes réunis	
15-24 ans	37,5
25-44 ans	51,4
45-64 ans	29,2
65 ans et plus	30,3
Total	**40,1**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.21.2
Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la langue maternelle, population de 15 ans et plus et population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service, Québec, 1998

	Population de 15 ans et plus	Population de 15 ans et plus connaissant l'existence du service
	%	
Hommes	12,5	21,2
15-24 ans	22,4	31,4
25-44 ans	9,7	14,7
45-64 ans	13,7	19,7
65 ans et plus	15,9	23,6
Total		
Femmes	33,3	41,6
15-24 ans	42,5	51,1
25-44 ans	20,2	27,1
45-64 ans	16,3	23,5
65 ans et plus	30,3	38,9
Total		
Sexes réunis	22,7	32,7
15-24 ans	32,3	41,9
25-44 ans	15,0	21,4
45-64 ans	15,2	21,9
65 ans et plus	23,2	32,0
Total		
Langue maternelle	25,0	32,9
Français	14,4	25,0
Anglais	16,9	27,9
Autre		

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.21.3
Fréquence d'utilisation selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant utilisé Info-Santé CLSC au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%
Hommes	76,9
1 ou 2 fois	18,6
3 à 5 fois	4,5*
6 fois et plus	
Femmes	72,6
1 ou 2 fois	20,2
3 à 5 fois	7,3
6 fois et plus	
Sexes réunis	74,0
1 ou 2 fois	19,7
3 à 5 fois	6,3
6 fois et plus	

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.21.4

Accès à l'infirmière lors du dernier appel à Info-Santé CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà utilisé le service, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Hommes	93,1	6,9
Femmes	95,4	4,6
Sexes réunis		
15-24 ans	93,4	6,6*
25-44 ans	96,1	3,9
45-64 ans	93,2	6,8*
65 ans et plus	91,3	8,7*
Total	**94,6**	**5,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 22

Consommation de médicaments

Marie-Josée Papillon
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Claudine Laurier
Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Louise Barnard
Julien Baril
Service de l'analyse des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec

Introduction

Aujourd'hui, les médicaments sont de plus en plus nombreux en vue de répondre aux différents besoins de santé des individus. Ils constituent des agents particulièrement efficaces pour prévenir la maladie, soulager ses effets ou guérir l'individu atteint. Une utilisation optimale des médicaments, c'est-à-dire qui maximise les avantages pour la santé tout en diminuant les risques et les coûts, peut contribuer à l'atteinte de différents objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Ainsi, l'utilisation appropriée des médicaments peut contribuer à l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité par maladie cardiovasculaire, de contrôle des maladies infectieuses et de diminution des incapacités liées aux douleurs de l'appareil locomoteur. La PSBE vise également la réduction de la surconsommation de psychotropes, notamment chez les personnes âgées.

Par ailleurs, bien qu'ils possèdent un potentiel préventif et curatif des plus intéressants, les médicaments peuvent conduire à des problèmes sérieux, nécessitant parfois l'hospitalisation (Einarson, 1993; Grenier-Gosselin, 1991; Manasse, 1989a; 1989b). Ces problèmes sont souvent liés à une utilisation non optimale.

Le processus menant à l'utilisation des médicaments peut suivre deux voies. D'une part, l'individu ressentant un malaise peut recourir à la médication de son propre chef ou sous l'influence de son entourage. On parle alors d'automédication sans recommandation d'un professionnel de la santé. Ces médicaments sont désignés dans le présent chapitre par « médicaments non prescrits ». D'autre part, la consommation de médicaments peut survenir à la suite d'une recommandation d'un médecin ou d'un dentiste. Ces médicaments sont appelés ici « médicaments prescrits ».

Une kyrielle de déterminants influencent l'utilisation de médicaments. Parmi ceux-ci se retrouvent le sexe, l'âge, l'état matrimonial, les habitudes de vie, le niveau de revenu, le niveau de scolarité, la perception de l'état de santé ainsi que l'accès aux soins et aux médicaments.

Depuis la réalisation de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, certaines interventions sont susceptibles d'avoir modifié le portrait de l'utilisation des médicaments. Depuis janvier 1997, grâce à la *Loi sur l'assurance médicaments*, tous les Québécois bénéficient d'une assurance, puisque cette loi a permis au million et demi de personnes, jusqu'alors non assurées, de bénéficier d'une couverture. Par ailleurs, la *Loi sur l'assurance médicaments* a majoré la contribution des personnes âgées et de la majorité des prestataires de la Sécurité du revenu au moment de l'achat de médicaments prescrits.

Comme dans les enquêtes précédentes, les données recueillies permettent de documenter l'utilisation des médicaments prescrits ou non prescrits, et de vérifier

l'existence de relations entre leur utilisation et certaines caractéristiques individuelles. Ainsi, les proportions d'utilisateurs d'au moins un médicament et de plus de trois médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, sont présentées selon le sexe et l'âge. De façon plus spécifique, les proportions d'utilisateurs de médicaments prescrits et non prescrits sont analysées selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel. De plus, le nombre de médicaments consommés est analysé en fonction de la perception de l'état de santé et de l'indice de détresse psychologique. Finalement, le recours à au moins un médicament est présenté selon le sexe et l'âge en fonction des différentes classes de produits consom-més. Enfin, les médicaments consommés sont présentés dans leur ensemble selon la classe à laquelle ils appartiennent et selon certaines caractéristiques de leur utilisation.

22.1 Aspects méthodologiques

22.1.1 Indicateurs

Les données relatives aux médicaments recueillies dans le cadre de cette enquête proviennent de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). La question principale et la liste des classes de médicaments qui font l'objet du présent chapitre (QRI33 à QRI45) ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, tout comme les sous-questions visant à identifier le médicament, à déterminer si celui-ci avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste et à préciser le problème de santé pour lequel la personne l'avait consommé. Inspirées de questions semblables de l'enquête de 1992-1993, des sous-questions permettent de mieux rendre compte de la fréquence de consommation, c'est-à-dire de façon régulière ou occasionnelle, et de la durée d'utilisation.

Par ailleurs, trois nouvelles questions ont été ajoutées dans la présente enquête afin de documenter la consommation de remèdes contre l'asthme et le rhume des foins de même que le recours au vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. La consommation de remèdes contre l'asthme et le rhume des foins n'est pas abordée ici, ayant fait l'objet de demandes spécifiques relativement à la problématique de l'air intérieur à la maison. Les données sur la vaccination contre la grippe sont présentées au chapitre 23.

La question principale posée au répondant du ménage est la suivante : « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants ? »; treize classes de substances médicamenteuses sont ensuite énumérées. Les douze premières classes comprennent les analgésiques, les tranquillisants (incluant les sédatifs ou somnifères), les médicaments pour le cœur ou la tensior. artérielle (pression sanguine), les antibiotiques, les remèdes ou médicaments pour l'estomac, les laxatifs, les remèdes contre la toux ou le rhume, les onguents pour la peau, les vitamines ou minéraux, les suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., les stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral et la pilule contraceptive (chez les femmes de 12 ans et plus uniquement). La treizième classe regroupe tout autre médicament non compris dans les douze classes précédentes. Lors de l'entrevue, l'intervieweur devait identifier le produit exact en recourant à l'étiquette au besoin. Plus d'un médicament pouvait être déclaré dans une même classe. Pour chaque médicament, il fallait ensuite préciser si celui-ci avait été obtenu ou non sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste[1], si sa consommation était régulière (tous les jours ou quelques fois par semaine) ou non, quelle était la durée de son utilisation (moins d'un mois, d'un mois à moins de six mois, de six mois à moins d'un an ou d'un an et plus) de même que le principal problème de santé pour lequel la personne avait pris ce médicament. Tout

1. À des fins de simplicité, les médicaments obtenus sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés dans le texte qui suit par l'expression « médicaments prescrits », qu'il y ait eu ou non rédaction explicite d'une ordonnance. De même, les médicaments obtenus sans l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés par l'expression « médicaments non prescrits ». Dans le présent chapitre, lorsque le vocable « médicament » est utilisé sans spécification, il désigne les produits médicamenteux aussi bien prescrits que non prescrits.

comme dans les rapports d'enquête précédents, certains résultats présentés ici sont le fruit de regroupements. Par exemple, pour des fins de comparaison avec les enquêtes précédentes, on a établi, pour l'ensemble des médicaments prescrits et non prescrits, les proportions d'utilisateurs d'au moins un médicament et de trois médicaments ou plus dans chacun des groupes d'âge.

22.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La presque totalité des questions sur les médicaments ayant été empruntées aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993, il est possible d'établir des comparaisons entre ces dernières et l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Rappelons toutefois que la fréquence de consommation, telle qu'elle est définie en 1998, n'est pas disponible pour 1987, pas plus que l'information sur la durée d'utilisation.

22.1.3 Portée et limites des données

L'enquête vise à dresser un portrait évolutif de la consommation médicamenteuse des Québécois en établissant des comparaisons avec les résultats des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Les résultats exposés dans le présent chapitre portent sur l'utilisation et non sur l'acquisition de médicaments. De ce fait, ils permettent d'étudier un aspect qui ne peut pas être documenté à partir des chiffres d'affaires des pharmacies ou des banques de données administratives, comme celle de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

De manière à minimiser le biais de mémoire, la consommation de médicaments se limite aux deux jours ayant précédé l'enquête. L'énumération de différentes classes de médicaments visait à permettre au répondant du ménage de dresser une liste exhaustive des produits consommés, incluant ceux qu'il n'aurait peut-être pas mentionnés d'emblée. Cette approche peut néanmoins avoir entraîné une mauvaise classification des produits par le répondant. Par exemple, il est possible que des produits comme les « vitamines ou minéraux » aient été classés avec les « stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral », ou l'inverse. Il se peut aussi que le répondant n'ait pu associer un produit à l'une des classes précisées et ait omis d'en rapporter la consommation. La validité des résultats peut en outre être entachée par la tendance des individus à répondre de façon socialement désirable ou du fait de leur méconnaissance de l'ensemble des médicaments consommés par les autres membres de leur ménage.

Les données recueillies dans cette enquête ne permettent pas de faire une analyse qualitative de l'usage de médicaments. On ne pourra donc conclure à l'utilisation judicieuse ou non de la pharmacopée puisqu'il est impossible de juger, à partir de ces données, de certains paramètres, par exemple l'indication thérapeutique ou l'observance du traitement.

22.2 Résultats

22.2.1 Utilisation de médicaments dans la population

Variations selon le sexe et l'âge

Un peu plus de la moitié (53 %) de la population à l'étude déclare avoir consommé au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours (tableau 22.1). Cette proportion croît en fonction de l'âge, passant de 36 % chez les individus de 0 à 14 ans à près de 83 % chez ceux de 65 ans et plus. Dans l'ensemble, la proportion de personnes ayant rapporté l'usage d'au moins un médicament tend à être plus élevée en 1998 qu'en 1992-1993, mais cette différence n'atteint pas tout à fait le seuil de signification retenu. L'augmentation n'est statistiquement significative que pour le groupe d'individus de 45 à 64 ans. Cela contraste avec les résultats publiés dans le rapport de l'enquête de 1992-1993, dans lequel la comparaison avec 1987 montrait une augmentation significative pour la majorité des groupes d'âge.

Tableau 22.1
Personnes ayant pris au moins un médicament et personnes ayant pris trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Au moins un médicament				Trois médicaments ou plus			
	1987	1992-1993	1998	Pe	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000	%			'000
Hommes								
0-14 ans	34,9	40,0	35,7	246	2,2*	3,3	3,6	25
15-24 ans	23,6	28,7	24,9	124	1,7**	2,7*	3,1*	16
25-44 ans	26,9	34,6	35,3	415	2,4	5,2	7,0	83
45-64 ans	42,9	49,2	55,1	464	8,2	14,1	17,9	151
65 ans et plus	66,8	72,2	77,4	269	23,3	38,1	45,6	158
Total	**34,5**	**41,4**	**42,8**	**1 519**	**5,1**	**9,2**	**12,2**	**433**
Femmes								
0-14 ans	37,1	42,6	36,4	240	2,0*	4,6	3,2*	21
15-24 ans	56,1	60,2	61,7	293	5,3	8,7	8,2	39
25-44 ans	52,5	58,2	60,3	692	8,1	11,7	13,2	152
45-64 ans	63,1	70,0	75,9	660	19,0	28,5	35,9	312
65 ans et plus	76,4	86,8	86,4	405	33,6	49,4	56,1	263
Total	**54,7**	**61,4**	**63,2**	**2 291**	**11,5**	**18,0**	**21,7**	**787**
Sexes réunis								
0-14 ans	36,0	41,3	36,0	486	2,1	3,9	3,4	46
15-24 ans	39,6	44,1	42,9	418	3,5	5,6	5,6	55
25-44 ans	39,8	46,4	47,7	1 108	5,3	8,4	10,1	234
45-64 ans	53,3	59,8	65,7	1 124	13,7	21,4	27,1	463
65 ans et plus	72,4	80,6	82,5	674	29,3	44,6	51,6	422
Total	**44,7**	**51,5**	**53,1**	**3 809**	**8,3**	**13,7**	**17,0**	**1 219**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En proportion, les femmes sont plus nombreuses à consommer au moins un médicament : 63 % des femmes comparativement à 43 % des hommes. Tout comme lors de la précédente enquête, les différences entre les sexes selon le groupe d'âge sont significatives à compter de 15 ans. L'écart le plus important se retrouve chez les individus de 15 à 24 ans et décroît par la suite.

Par rapport à l'enquête de 1992-1993, on note une augmentation significative de la proportion de personnes ayant consommé trois médicaments ou plus parmi la population générale, ainsi que chez les groupes d'âge supérieurs à celui des 15-24 ans. Aussi, une plus large proportion de femmes que d'hommes s'inscrivent parmi les utilisateurs de trois médicaments ou plus. Depuis 1987, la proportion de la population ayant consommé trois médicaments semble avoir plus que doublé, passant de 8 % à 17 %. Chez les personnes de 65 ans et plus, cette proportion est passée de 29 % à 52 % durant cette période.

En 1998, un peu plus du tiers (34 %) de la population a consommé au moins un médicament prescrit (tableau 22.2). Cela constitue une augmentation statistiquement significative par rapport aux résultats de l'enquête précédente. Les proportions varient en fonction du sexe et de l'âge. À partir de 25 ans, les proportions d'utilisateurs de médicaments prescrits augmentent de façon significative avec le groupe d'âge. Sauf pour les filles de moins de 14 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses

que les hommes à recourir aux médicaments prescrits. Toujours au chapitre des médicaments prescrits, les augmentations observées chez l'ensemble des hommes et chez l'ensemble des femmes de même que chez les individus de 45 à 64 ans sont statistiquement significatives par rapport aux résultats de l'enquête de 1992-1993. En outre, la comparaison des données de consommation de médicaments prescrits des enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 indique une tendance à la hausse.

Tout comme lors de la dernière enquête, un peu moins du tiers de la population rapporte avoir utilisé au moins un médicament non prescrit durant la période de référence. Comme pour les médicaments prescrits, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consommer des médicaments non prescrits (37 % c. 26 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments non prescrits ne varie pas systématiquement en fonction du groupe d'âge, bien que les différences observées entre les groupes soient significatives. Alors que, dans l'ensemble, la consommation de médicaments non prescrits a augmenté entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993, les données de l'enquête de 1998 ne permettent pas de détecter de différence statistiquement significative par rapport à celles de l'enquête de 1992-1993, à l'exception d'une augmentation chez l'ensemble des individus de 45 à 64 ans.

Tableau 22.2
Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Médicaments prescrits				Médicaments non prescrits			
	1987	1992-1993	1998	Pe	1987	1992-1993	1998	Pe
		%		'000		%		'000
Hommes								
0-14 ans	16,1	15,2	14,7	101	22,6	29,3	25,7	177
15-24 ans	8,4	9,6	8,2	41	16,7	21,5	19,8	98
25-44 ans	11,0	13,5	14,0	165	18,4	25,2	25,8	303
45-64 ans	30,6	31,8	37,3	314	17,8	25,7	28,9	243
65 ans et plus	56,3	64,3	67,9	236	20,3	26,8	30,9	107
Total	**19,2**	**21,7**	**24,1**	**856**	**19,0**	**25,8**	**26,2**	**929**
Femmes								
0-14 ans	16,5	16,7	13,4	89	23,7	31,1	26,8	177
15-24 ans	42,5	46,8	49,9	237	23,9	29,0	26,8	128
25-44 ans	32,7	33,2	36,3	417	29,4	37,1	39,1	449
45-64 ans	46,2	52,5	56,6	491	31,2	39,7	45,0	390
65 ans et plus	67,1	76,2	78,5	368	25,7	36,4	39,0	183
Total	**37,4**	**41,0**	**44,3**	**1 603**	**27,4**	**35,4**	**36,6**	**1 327**
Sexes réunis								
0-14 ans	16,3	15,9	14,1	190	23,1	30,2	26,2	353
15-24 ans	25,2	27,8	28,5	278	20,2	25,2	23,2	226
25-44 ans	21,9	23,3	25,0	582	23,9	31,1	32,4	752
45-64 ans	38,6	42,3	47,1	805	24,7	32,8	37,0	634
65 ans et plus	62,7	71,2	74,0	604	23,4	32,4	35,5	290
Total	**28,5**	**31,4**	**34,3**	**2 459**	**23,3**	**30,6**	**31,4**	**2 255**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon des caractéristiques socioéconomiques

Le niveau de revenu est faiblement, mais significativement, lié à la consommation de l'ensemble des médicaments, qu'ils soient prescrits ou non (tableau C.22.1). Le lien n'est pas constant, mais semble opposer les personnes possédant un revenu supérieur à l'ensemble des autres. Les données ne permettent cependant pas de détecter de différence significative entre la consommation de médicaments prescrits et le niveau de revenu. Toutefois, les individus ayant un niveau de revenu supérieur consomment légèrement plus de médicaments non prescrits que les autres.

L'utilisation de l'ensemble des médicaments varie peu, mais significativement, en fonction du niveau de scolarité relative (tableau C.22.1). En effet, 55 % des individus possédant un niveau de scolarité plus faible consomment des médicaments, alors que 62 % des personnes de scolarité plus élevée le font. La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits varie légèrement en fonction du niveau de scolarité relative : on retrouve une proportion plus grande d'utilisateurs de médicaments prescrits parmi les individus de scolarité moyenne, tandis que les individus de scolarité plus élevée sont proportionnellement plus nombreux à consommer des médicaments non prescrits.

Par ailleurs, la consommation de médicaments chez les personnes de 15 ans et plus varie de façon significative selon le groupe ethnoculturel (tableau C.22.1). Les individus du groupe ethnoculturel majoritaire et ceux du groupe minoritaire de 2e ou de 3e génération sont proportionnellement plus enclins à recourir aux médicaments que ceux du groupe ethnoculturel minoritaire de 1re génération (59 % et 60 % c. 49 %).

Variations selon certains indicateurs de santé

Chez les individus de 15 ans et plus, la proportion d'utilisateurs de médicaments varie en fonction de la perception de l'état de santé (tableau 22.3). En effet, à mesure que celle-ci s'améliore, la proportion de personnes qui ne consomment aucun médicament augmente. Le recours à trois médicaments ou plus varie aussi en fonction de la perception de l'état de santé. Alors que seulement 11 % des individus percevant leur santé comme excellente consomment trois médicaments ou plus, cette proportion grimpe à 73 % chez les gens qui perçoivent leur santé comme mauvaise. D'autre part, la consommation de médicaments est faiblement, mais significativement, liée au niveau de détresse psychologique. En effet, 44 % des individus présentant un faible niveau de détresse psychologique n'ont consommé aucun médicament, alors que cette proportion est de 39 % chez les individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique.

Tableau 22.3
Répartition des personnes selon le nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours et selon la perception de l'état de santé et l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus
		%	
Perception de l'état de santé			
Excellent	54,5	34,6	10,9
Très bon	46,1	39,9	14,0
Bon	38,3	38,7	22,9
Moyen	22,4	30,8	46,7
Mauvais	8,5*	19,0	72,5
Indice de détresse psychologique			
Faible	43,6	37,5	18,9
Élevé	38,8	38,4	22,9

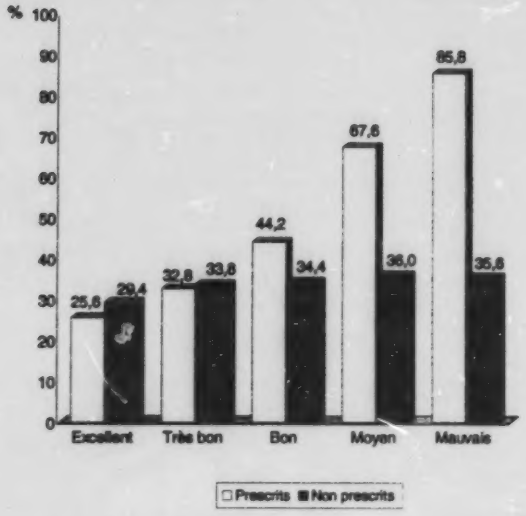
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tout comme lors de la précédente enquête, la consommation de médicaments prescrits est davantage liée à la perception de l'état de santé que ne l'est celle de médicaments non prescrits (figure 22.1). En effet, 26 % des individus se percevant en excellente santé ont consommé des médicaments prescrits, alors que 86 % des individus se percevant en mauvaise santé l'ont fait. Ces proportions sont de 29 % et de 36 % pour les médicaments non prescrits.

Figure 22.1

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

22.2.2 Classes de médicaments consommés

Comme dans les enquêtes précédentes, les classes de médicaments consommés par la plus grande proportion de personnes sont les vitamines ou minéraux, les analgésiques, les médicaments « autres » et les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (tableau 22.4). L'utilisation des contraceptifs oraux a été rapportée par 17 % des femmes de 12 à 49 ans. En 1998, les proportions de consommateurs d'analgésiques, de stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral ou bien des médicaments regroupés dans la classe « tout autre médicament » sont statistiquement plus élevées que celles obtenues en 1987 et en 1992-1993. Il existe aussi une différence significative entre 1987 et 1998 en ce qui concerne les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, les remèdes ou médicaments pour l'estomac et les vitamines ou minéraux, plus de personnes ayant consommé ces trois classes de produits en 1998. Cependant, la proportion de consommateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., a diminué par rapport aux données de 1987 et de 1992-1993.

Tableau 22.4

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe
		%		'000
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	10,2	14,0	15,7	1 123
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	5,1	4,5	4,4	313
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)	7,3	8,5	9,3	668
Antibiotiques	2,0	2,4	2,2	157
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	2,3	2,9	3,3	235
Laxatifs	1,9	1,5	1,1	82
Remèdes contre la toux ou le rhume	4,4	4,7	3,6	259
Onguents pour la peau	4,0	5,1	4,6	332
Vitamines ou minéraux	17,4	21,6	22,1	1 585
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	3,1	3,5	2,3	162
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,6	0,7	1,3	93
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	16,4	14,7	16,8	341
Autres	6,8	12,7	16,5	1 187

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La figure 22.2 présente la proportion d'utilisateurs de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et selon les diverses classes de médicaments. Pour toutes les classes de médicaments, les proportions d'utilisateurs sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes sauf en ce qui a trait aux antibiotiques, pour lesquels la différence n'est pas statistiquement significative. Lorsque l'analyse est stratifiée en fonction des groupes d'âge, le faible nombre d'utilisateurs dans certains groupes rend les comparaisons plus difficiles, mais le recours plus fréquent chez les femmes demeure significatif pour la majorité des groupes d'âge dans le cas des analgésiques, des tranquillisants, des onguents, des vitamines et des médicaments « autres » (tableau C.22.2).

Le tableau 22.5 révèle que, pour la plupart des classes de médicaments, les proportions d'utilisateurs augmentent avec le groupe d'âge. Ce n'est cependant pas le cas pour les antibiotiques, les remèdes contre la toux ou le rhume, les onguents pour la peau et les vitamines ou minéraux.

22.2.3 Fréquence et durée d'utilisation des médicaments consommés

On constate que la proportion de médicaments pris de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine, a diminué entre 1992-1993 et 1998 dans toutes les classes de médicaments, sauf dans celle des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle et celle des médicaments « autres » (tableau 22.6). Par exemple, la proportion de remèdes contre la toux et le rhume consommés régulièrement a diminué de 22 points de pourcentage par rapport aux données de 1992-1993.

Tableau 22.5
Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et l'âge, population totale, Québec, 1998

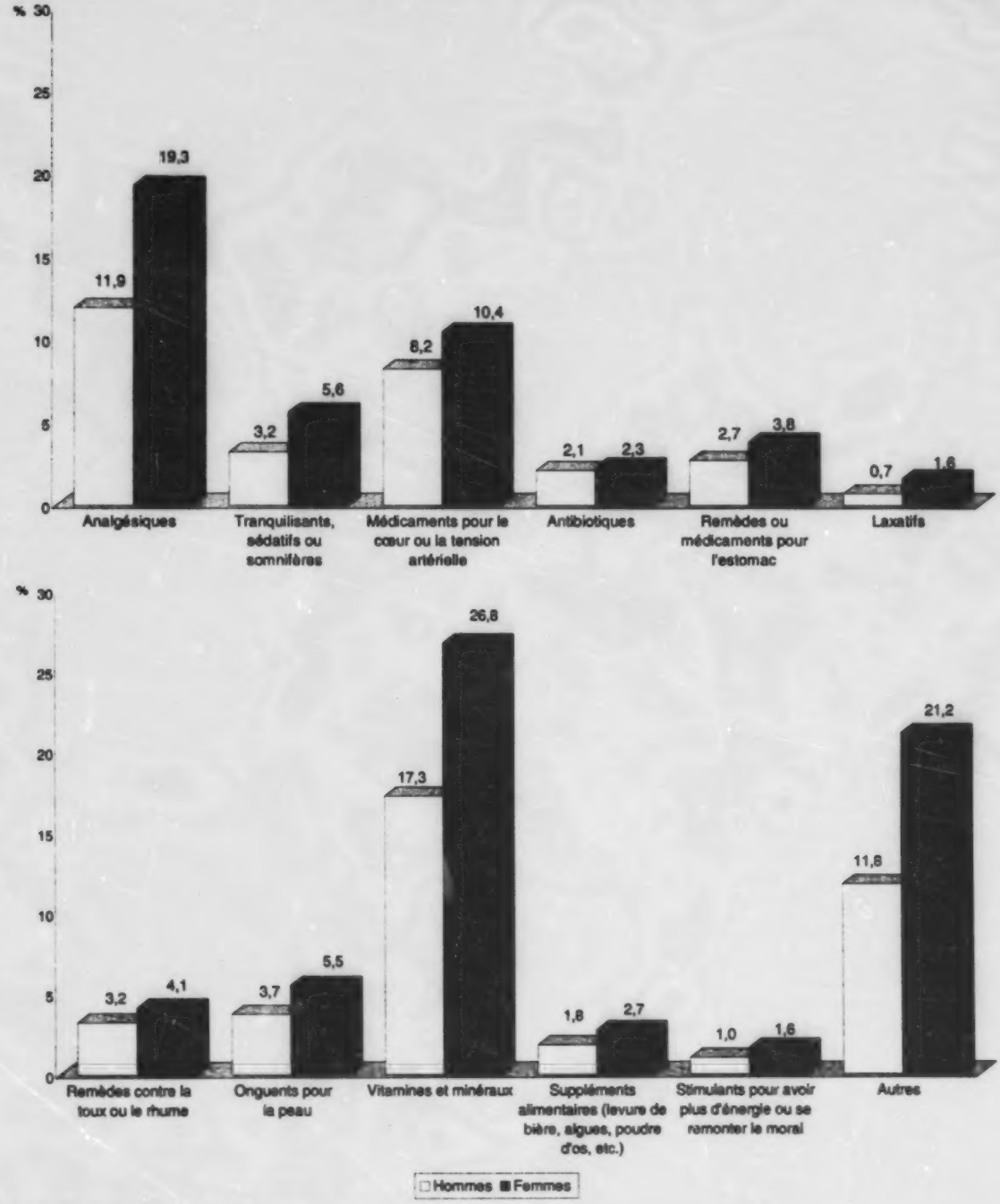
	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
			%		
Analgésiques	5,5	9,3	16,4	21,3	25,9
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	0,2**	0,5**	2,5	6,4	17,1
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	0,0**	0,3**	1,9	15,7	43,3
Antibiotiques	3,6	1,8*	1,8	1,9	2,2*
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	0,2**	0,7**	2,4	5,2	9,9
Laxatifs	0,3**	0,1**	0,6*	1,4	4,9
Remèdes contre la toux ou le rhume	5,7	3,1	2,6	3,3	4,2
Onguents pour la peau	4,9	4,6	4,5	4,6	4,8
Vitamines et minéraux	21,3	14,5	19,6	26,7	29,9
Suppléments alimentaires (levure de bière, algue, poudre d'os, etc.)	0,8*	1,0*	2,3	3,5	3,4
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,1**	1,0*	1,7	1,8	1,6*
Autres	4,0	5,4	10,3	28,7	42,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Figure 22.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments et le sexe, population totale, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les seules classes où les diminutions ne sont pas significatives sont celles des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, des remèdes ou médicaments pour l'estomac, des laxatifs et des stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral.

Tableau 22.6
Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1992-1993 et 1998

Médicaments pris de façon régulière[1]	1992-1993	1998
	%	
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	49,6	41,0
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	91,2	88,1
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	98,1	96,9
Antibiotiques	96,6	87,7
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	77,9	76,7
Laxatifs	76,3	72,7
Remèdes contre la toux ou le rhume	69,3	47,8
Onguents pour la peau	83,3	74,9
Vitamines ou minéraux	97,4	95,5
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	97,6	87,7
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	94,0	91,0
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	99,2	99,8
Autres	93,3	94,3

1. Tous les jours ou quelques fois par semaine.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par ailleurs, la durée d'utilisation des médicaments pris de façon régulière varie selon la classe de médicaments. Ainsi, les tranquillisants, sédatifs ou somnifères, les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, la pilule contraceptive et les médicaments « autres » sont pris dans une plus forte proportion (plus de 70 %) depuis un an et plus (tableau 22.7).

Tableau 22.7
Médicaments, prescrits ou non prescrits, pris de façon régulière selon la durée d'utilisation et la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec, 1998

	Moins d'un mois	Un an et plus
	%	
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	23,5	58,1
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	9,5	70,9
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	2,8	81,8
Antibiotiques	83,2	...
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	13,5	62,7
Laxatifs	12,9*	62,8
Remèdes contre la toux ou le rhume	77,0	...
Onguents pour la peau	29,4	39,3
Vitamines ou minéraux	12,9	52,7
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	20,7	46,6
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	20,0*	38,8
Pilule contraceptive (femmes de 12 à 49 ans)	2,9*	74,9
Autres	7,1	75,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

L'*Enquête sociale et de santé 1998* révèle que plus d'une personne sur deux a consommé au moins un médicament au cours d'une période de deux jours. Il en était de même en 1992-1993. La proportion d'utilisateurs de trois médicaments et plus au sein de la population est significativement plus élevée en 1998 qu'en 1992-1993. En 1998, 17 % de la population a signalé avoir utilisé au moins trois médicaments; ce pourcentage atteint près de 52 % chez les personnes de 65 ans et plus. Ce dernier résultat est plus élevé que celui obtenu dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1994-1995, dans laquelle 29 %

des personnes de 65 ans et plus et 37 % des personnes de 75 ans et plus déclaraient avoir consommé trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours (Millar, 1998).

On retrouve, en 1998, une proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (34 % c. 31 %). En 1998, comme dans les enquêtes précédentes, la proportion des femmes qui ont consommé des médicaments est plus élevée que celle des hommes, autant en ce qui concerne les médicaments prescrits que les médicaments non prescrits. Ce phénomène s'explique sans doute en partie par l'utilisation de contraceptifs ou d'hormones de remplacement à la ménopause. Cependant, l'analyse de la consommation de médicaments par classe révèle que l'usage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, même pour des classes de médicaments non exclusives aux femmes. En outre, une étude a montré que la consommation de médicaments visant à traiter des conditions touchant spécifiquement les femmes n'explique pas en totalité la différence de consommation entre les hommes et les femmes (Zadorozny, 1990).

Comme il a été noté dans les enquêtes antérieures, l'utilisation d'un médicament prescrit augmente de façon significative avec le groupe d'âge à compter de 25 ans. Les données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ, 1997) vont d'ailleurs dans le même sens. Tout comme lors de l'enquête de 1992-1993, les données de 1998 n'indiquent pas de lien marqué entre l'âge et l'utilisation de médicaments non prescrits.

L'utilisation des médicaments dans leur ensemble est liée de façon significative, quoique faiblement, au niveau de revenu. Il en est de même pour les médicaments non prescrits : les personnes jouissant d'un revenu supérieur tendent à recourir à ces produits plus souvent. La popularité grandissante des approches alternatives en santé pourrait contribuer à creuser le fossé entre cette catégorie de personnes et les autres en ce qui concerne la consommation de médicaments non prescrits, entre autres parce qu'ils sont à l'entière charge des consommateurs. Les associations entre l'utilisation de médicaments et le niveau de scolarité relative suivent les mêmes tendances que les associations entre l'utilisation de médicaments et le niveau de revenu. Cette similitude ne surprend guère, compte tenu que le revenu augmente généralement avec le niveau de scolarité.

Une plus faible proportion de personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire de 1re génération rapportent faire usage de médicaments, comparativement aux personnes appartenant aux groupes ethnoculturels majoritaire et minoritaire de 2e et de 3e génération, comme c'était le cas dans les enquêtes précédentes. Il serait intéressant d'explorer davantage l'influence des caractéristiques culturelles sur le recours aux médicaments.

La consommation de médicaments prescrits est fortement liée à la perception de l'état de santé et, plus faiblement, au niveau de détresse psychologique. Toutefois, les données ne permettent pas de détecter de différence significative en ce qui concerne la perception de l'état de santé et la consommation de médicaments non prescrits.

La popularité relative des différentes classes de médicaments en 1998 est tout à fait comparable à celle des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La classe des vitamines et minéraux arrive au premier rang, suivie des analgésiques, puis des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle. Par rapport aux résultats obtenus en 1992-1993, on note une augmentation statistiquement significative d'utilisateurs d'analgésiques, de stimulants et des médicaments regroupés sous la rubrique « autres ». Enfin, le recours aux remèdes contre la toux ou le rhume et l'utilisation de suppléments alimentaires a diminué.

Éléments de réflexion pour la planification

De plus en plus de personnes reçoivent des thérapies médicamenteuses complexes, ainsi qu'en témoigne le nombre croissant d'utilisateurs de trois médicaments ou plus. Bien que, dans nombre de cas, le recours à

plusieurs médicaments permette d'améliorer divers problèmes de santé, il augmente toutefois le risque d'interactions et d'effets indésirables. Soulignons que ce risque s'accroît lorsque les ordonnances proviennent de plus d'un médecin de première ligne (Tamblyn, 1996). Il est de plus en plus nécessaire de favoriser un bon suivi de ces régimes complexes.

Dans certaines classes de médicaments, on observe une consommation « régulière » (tous les jours ou quelques fois par semaine) chez un bon nombre d'individus. Alors que cette régularité est indiquée dans le cas d'affections chroniques comme les maladies cardiaques, une consommation aussi fréquente s'étalant sur un an et plus est problématique en ce qui concerne les tranquillisants, les médicaments pour l'estomac, les laxatifs et les stimulants. Enfin, l'augmentation importante de la proportion de la population utilisant les médicaments de la classe « autres » donne à penser qu'il faudrait ajouter des classes au questionnaire de la prochaine enquête, par exemple pour les médicaments contre l'asthme ou le diabète. Ces nouvelles catégories permettraient non seulement de décrire plus en détail la consommation de médicaments, mais aussi d'établir plus facilement des liens avec l'état de santé de la population.

Bibliographie

EINARSON, T. R. (1993). « Drug-related hospital admissions », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 27, n° 7-8, p. 832-840.

GRENIER-GOSSELIN, L. (1991). « Médicaments, motif important d'hospitalisation des personnes âgées », *Québec Pharmacie*, vol. 38, p. 536-538.

MANASSE, H. R. Jr. (1989a). « Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1 », *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 45, n° 5, p. 929-944.

MANASSE, H. R. Jr. (1989b). « Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy, Part 2 », *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 46, n° 6, p. 1141-1152.

MILLAR, W. J. (1998). « La polymédication chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 9, n° 4, p. 11-18.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1998). *Statistiques annuelles 1997*, Québec, 243 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

TAMBLYN, M. R., et autres (1996). « Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 8, p. 1177-1184.

ZADOROZNY, J. M., et B. L. SVARSTAD (1990). « Gender, employment and medication use », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 9, p. 971-978.

Tableau C.22.1

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population totale, Québec, 1998

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits	Ensemble des médicaments
		%	
Niveau de revenu			
Très pauvre	35,8	30,2	52,5
Pauvre	37,1	28,3	53,2
Moyen inférieur	34,3	31,3	52,6
Moyen supérieur	33,3	31,4	52,3
Supérieur	33,5	36,3	57,4
Total	**34,3**	**31,4**	**53,1**
Scolarité relative[1]			
Plus faible	38,7	28,9	54,8
Faible	37,3	31,2	55,0
Moyenne	42,7	32,6	59,7
Élevée	38,6	34,5	57,5
Plus élevée	39,3	39,6	61,7
Total	**39,3**	**33,4**	**57,8**
Groupe ethnoculturel[1]			
Majoritaire	40,0	33,8	58,5
Minoritaire (2e ou 3e génération)	36,5	37,0	60,0
Minoritaire (1re génération)	31,9	28,8	49,0
Total	**39,2**	**33,5**	**57,7**

1. Population de 15 ans et plus seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.22.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge et la classe de médicaments, population totale, Québec, 1998

	0 - 14 ans		15 - 24 ans		25 – 44 ans		45 - 64 ans		65 ans et plus	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	%									
Analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine	5,5	5,5	6,6	12,2	11,6	21,3	17,1	25,5	21,0	29,6
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	0,3**	0,0**	0,5**	0,6**	1,9	3,0	4,8	7,9	13,0	20,2
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)	0,0**	0,0**	0,2**	0,3**	1,8*	1,9	16,1	15,4	38,3	46,9
Antibiotiques	3,4	3,8	1,5**	2,0*	1,6*	2,0	1,8*	2,0*	2,6*	1,9*
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	0,1**	0,3**	0,7**	0,6**	2,2	2,7	4,5	6,0	8,6	10,8
Laxatifs	0,2**	0,3**	0,1**	0,1**	0,1**	1,0*	0,7**	2,0*	4,0*	5,6
Remèdes contre la toux ou le rhume	4,9	6,5	2,9	3,3	2,2*	3,1*	2,6	4,0	4,3*	4,1*
Onguents pour la peau	4,7	5,1	3,4*	5,9	3,1	5,9	3,5	5,6	4,6*	4,9
Vitamines ou minéraux	21,7	21,0	11,7	17,4	14,7	24,7	18,1	35,0	23,5	34,7
Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.	0,6**	1,0**	1,1**	1,0**	1,8*	2,8	2,7	4,3	2,5*	4,1*
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,1**	0,1**	1,0**	1,0**	1,1*	2,3	1,3*	2,2*	1,1**	1,9*
Autres	4,9	3,2*	4,1*	6,7	7,8	12,8	17,5	39,6	36,5	47,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 23

Vaccination contre la grippe

Maryse Guay
Philippe De Wals
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
et
Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke

Introduction

L'influenza, communément appelée la grippe, est une infection virale des voies respiratoires qui survient à chaque année, en général à la fin de l'automne et pendant les mois d'hiver, sous forme d'éclosions et d'épidémies d'évolution rapide (Comité consultatif national de l'immunisation ([CCNI], 1998). Il s'agit de la principale affection respiratoire pour laquelle la population adulte consulte le médecin (Elford et Tarrant, 1994). L'influenza peut engendrer une morbidité importante et des complications sérieuses, voire le décès, en particulier chez les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées (CCNI, 1998 et 1999; Advisory Committee on Immunization Practices ([ACIP], 1999).

La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir et atténuer les effets néfastes de l'influenza (CCNI, 1999; ACIP, 1999). Étant donné les variations antigéniques du virus de l'influenza, la vaccination doit être répétée annuellement. L'efficacité du vaccin dépend ainsi du degré de similitude entre les souches incluses au vaccin et celles qui circulent durant la saison grippale (Ministère de la Santé et des Services sociaux ([MSSS], 1999a; CCNI, 1998 et 1999).

Au Québec, il existe un programme d'immunisation gratuite qui vise tout d'abord les personnes à risque élevé de présenter des complications de la grippe, c'est-à-dire les personnes âgées de six mois et plus, atteintes de maladies chroniques, principalement cardiaques ou pulmonaires, les personnes hébergées et les personnes de 65 ans et plus. Le programme vise aussi les personnes susceptibles de transmettre l'influenza à des personnes à risque élevé, c'est-à-dire les membres du personnel soignant en contact avec les personnes faisant partie du premier groupe et les proches de sujets à risque élevé ne pouvant être vaccinés ou qui ne répondraient pas adéquatement à la vaccination (MSSS, 1999a). La vaccination des travailleurs de la santé des centres de soins de longue durée a d'ailleurs été démontrée efficace pour diminuer la mortalité des bénéficiaires de ces centres (Potter et autres, 1997). De plus, d'autres personnes, non visées par le programme provincial gratuit, peuvent recevoir le vaccin antigrippal en déboursant pour acheter le vaccin. Certains employeurs fournissent également le vaccin à leurs employés.

La *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (MSSS, 1992) indique explicitement que la vaccination contre l'influenza peut contribuer à la réduction de la mortalité par maladie du système respiratoire. Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997) visent à atteindre des résultats élevés en matière de couverture vaccinale antigrippale. En effet, il est souhaité que 80 % des personnes âgées vivant en institution et que 60 % de la population des 65 ans et plus vivant en milieu ouvert soient immunisées d'ici 2002.

Actuellement, le monitorage du programme de vaccination contre l'influenza est essentiellement basé sur un retour d'information des multiples vaccinateurs concernant le nombre de personnes immunisées selon certains groupes visés. Cependant, la validité et la fiabilité de ces données sont variables (MSSS, 1998). De plus, pour certaines populations, dont les

personnes atteintes de maladies chroniques, il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes réellement visées. Pour remédier à cette situation, l'*Enquête sociale et de santé 1998* offre la possibilité d'obtenir des estimations plus valides de couverture vaccinale contre la grippe.

Ainsi, les objectifs du présent chapitre sont de présenter les estimations de couverture vaccinale des différentes populations visées par le programme provincial, de même que celles d'autres groupes pouvant également bénéficier de la vaccination annuelle. Par ailleurs, comme la plupart des comportements préventifs, l'immunisation contre la grippe est influencée par de nombreux déterminants. Outre les facteurs individuels, la recommandation faite par le médecin joue un rôle primordial dans la décision de se faire vacciner ou non (CCNI, 1999). C'est pourquoi ce chapitre vise aussi à vérifier si un médecin a recommandé la vaccination aux personnes immunisées contre la grippe. Pour ce faire, après avoir expliqué les aspects méthodologiques qui concernent l'analyse, la section des résultats présente les estimations de couverture vaccinale antigrippale selon le sexe et l'âge de la population en général et de certains groupes considérés à risque par le programme d'immunisation provincial. Plus loin, on examine, parmi la population qui s'est fait vacciner, la proportion de personnes qui l'ont fait sur recommandation du médecin, et ce, en fonction également du sexe et de l'âge.

23.1 Aspects méthodologiques

23.1.1 Indicateurs

L' information relative à la vaccination contre la grippe est obtenue à partir de questions conçues expressément pour les besoins de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ces questions sont incluses dans la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qui porte sur la consommation de médicaments. La principale question (QRI48) a été adressée au répondant clé du ménage et demandait si quelqu'un du foyer avait reçu le vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. À partir de cette question, des couvertures vaccinales sont déterminées en estimant la proportion des personnes vaccinées parmi celles faisant partie des groupes visés. Une sous-question (QRI48a) ne concernait ensuite que les personnes qui avaient été vaccinées contre la grippe dans la dernière année et cherchait à vérifier si un médecin leur avait recommandé de recevoir ce vaccin.

Les classes d'âge utilisées pour présenter les données dans ce chapitre tiennent compte des populations ciblées par le programme d'immunisation provincial. Ainsi, seuls deux groupes sont analysés, soit les 0 à 64 ans et les 65 ans et plus.

Afin de pouvoir évaluer la couverture vaccinale de différents groupes ciblés par le programme d'immunisation provincial, une analyse a été réalisée selon la présence de certains problèmes de santé de longue durée (maladies chroniques) mentionnés au questionnaire, soit le cancer (QRI79), le diabète (QRI81), l'emphysème (QRI82a), la bronchite chronique (QRI82b), l'asthme (QRI82d) et la maladie du cœur (QRI87). En plus, afin de pouvoir estimer une couverture vaccinale pour l'ensemble des personnes atteintes de ces problèmes de santé, la proportion de personnes vaccinées a été déterminée parmi celles qui ont dit souffrir d'au moins un de ces problèmes énumérés. Même si tous les problèmes de santé pour lesquels la vaccination est indiquée dans le cadre du programme provincial ne sont pas couverts par les questions sélectionnées, ils constituent cependant la majeure partie de ces indications.

La proportion de personnes vaccinées chez les travailleurs de la santé a aussi été estimée en sélectionnant, parmi les personnes de 15 ans ou plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête (QRI161), celles qui faisaient partie à la fois du groupe « Services de soins de santé et services sociaux » de la classification du type d'industries (QRI166) et du groupe « Médecine et santé » de la classification du type de professions (QRI165).

23.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour les deux questions relatives à l'immunisation anti-influenza est très faible, soit moins de 0,4 %, ce qui minimise la possibilité d'un biais secondaire à la non-réponse.

La période de référence mentionnée au répondant pour rapporter une vaccination contre la grippe était les 12 mois ayant précédé l'enquête. Ce rappel d'un an peut entraîner un biais de mémoire, et, conséquemment, une réponse imprécise, surtout chez les personnes âgées. Cette période a cependant été utilisée en accord avec la période mentionnée dans trois enquêtes transversales sur le même sujet. Par contre, ces études faisaient référence à la vaccination d'une seule campagne de vaccination contre l'influenza qui s'effectue généralement à l'automne de chaque année (Statistique Canada, 1994 et 1999; Duclos et autres, 1996). Pour la présente enquête, la collecte des données s'est déroulée de janvier à décembre 1998 en quatre vagues successives de trois mois chacune. L'enquête chevauchait ainsi deux campagnes d'immunisation, soit celle de l'automne 1997, et celle de l'automne 1998 pour les personnes interviewées au dernier trimestre de 1998. Cette situation, en plus de donner un portrait de la couverture vaccinale des deux campagnes d'immunisation, a pu faire que le biais de rappel mentionné précédemment a varié dans le temps. En effet, ce biais de rappel pouvait aller en s'accroissant pour les réponses obtenues lors des trois premières vagues de collecte, mais n'être que peu présent lors de la quatrième vague de collecte. Une analyse sommaire des estimations de la couverture vaccinale selon les différentes vagues n'a toutefois pas démontré de variations marquées, ce qui porte à croire que l'effet de ce biais semble peu important.

On peut également suspecter un biais de désirabilité sociale dans les réponses. La validité de l'information recueillie sur la vaccination contre la grippe par interrogatoire a été étudiée antérieurement, en faisant référence à celle retrouvée dans le dossier médical de la personne interrogée. La concordance s'est avérée excellente, avec un coefficient Kappa de plus de 90 % (Carbonneau et autres, 1992). Toutefois, dans la présente enquête, les estimations de couverture vaccinale sont tirées des réponses fournies par un tiers et, selon la littérature consultée, la validité de cette approche n'a jamais été évaluée. Afin de vérifier si la réponse d'un tiers pouvait engendrer des estimations erronées de la couverture vaccinale, les estimations pour l'ensemble des membres du ménage évalués ici ont été comparées à celles des seuls répondants clés du ménage. Comme la couverture vaccinale de ces deux populations était relativement comparable, il semble que les réponses fournies par un tiers n'aient pas engendré de biais systématique dans les estimations de couverture vaccinale.

23.2 Résultats

23.2.1 Couverture vaccinale contre la grippe

Au total, on estime que 8 % de la population a reçu le vaccin contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, cette proportion étant plus élevée chez les femmes que chez les hommes (9 % c. 7 %) (tableau 23.1). Pour les personnes de 65 ans et plus, la proportion des personnes vaccinées contre la grippe durant cette période serait d'environ 38 %, et de 3,9 % pour les gens de moins de 65 ans.

Tableau 23.1
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Hommes	6,6	235
Femmes	9,0	327
Sexes réunis		
0-64 ans	3,9	250
65 ans et plus	38,2	312
Total	**7,8**	**562**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Au total, on estime que 12 % des Québécois souffrent d'au moins un des problèmes de santé de longue durée sélectionnés pour lesquels la vaccination antigrippale est indiquée (données non présentées). La proportion de personnes vaccinées dans ce groupe au cours d'une période de 12 mois a été estimée à 26 % avec une plus grande proportion de vaccination chez les personnes de 65 ans et plus (49 %) que chez celles de 64 ans et moins (14 %) (tableau 23.2). Seulement 2,9 % de la population de 64 ans et moins ne souffrant pas des problèmes de santé de longue durée sélectionnés aurait été vaccinée contre l'influenza au cours d'une période de 12 mois.

Tableau 23.2
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon la présence ou l'absence d'au moins un problème de santé de longue durée sélectionné[1] et selon l'âge, population totale, Québec, 1998

	%	Pe '000
Présence d'au moins un problème de santé de longue durée sélectionné		
0-64 ans	13,9	79
65 ans et plus	49,2	141
Total	**25,7**	**220**
Absence de problème de santé de longue durée sélectionné		
0-64 ans	2,9	170
65 ans et plus	32,4	172
Total	**5,4**	**342**

1. Problème de santé de longue durée pour lequel la vaccination antigrippale est indiquée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si on examine plus spécifiquement la couverture vaccinale estimée pour chacun des groupes de personnes, selon le problème de santé ciblé, ce sont les personnes souffrant d'emphysème qui auraient la couverture la plus élevée avec une proportion d'environ 47 %, tandis qu'approximativement 20 % des asthmatiques auraient été immunisés durant cette période de 12 mois (tableau 23.3).

Tableau 23.3
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le problème de santé, population ayant déclaré souffrir d'au moins un problème de santé de longue durée, Québec, 1998

	%	Pe '000
Problème de santé de longue durée		
Emphysème	47,3	17
Maladie du cœur	35,9	97
Bronchite chronique	31,4	36
Diabète	29,3	58
Cancer	28,4	23
Asthme	19,5	64

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

D'autre part, la proportion de travailleurs de la santé est estimée à 5 % de l'ensemble des travailleurs québécois (données non présentées). La couverture vaccinale de ce groupe de travailleurs est d'environ 11 % au cours d'une période de 12 mois (tableau 23.4). Il faut cependant user de prudence avec cette estimation étant donné son imprécision.

Tableau 23.4
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi dans le domaine de la santé, Québec, 1998

	%	Pe '000
Travailleurs du domaine de la santé	10,9*	17

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

23.2.2 Vaccination antigrippale sur recommandation d'un médecin

Pour la majorité des personnes vaccinées, soit pour environ 77 % d'entre elles, on estime que le vaccin contre la grippe a été recommandé par un médecin (tableau 23.5), cette proportion ayant tendance à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, sans toutefois varier de façon significative. Malgré que les estimations soient imprécises pour le groupe des 15-24 ans, la proportion des personnes ayant reçu la recommandation du médecin augmente avec l'âge pour atteindre environ 86 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 23.5
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois sur recommandation d'un médecin selon le sexe et l'âge, population ayant reçu le vaccin contre la grippe, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes	74,4	175
Femmes	79,6	260
Sexes réunis		
0-14 ans	76,3	13
15-24 ans	48,2*	6
25-44 ans	49,7	35
45-64 ans	74,6	111
65 ans et plus	86,3	269
Total	**77,4**	**435**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Au Québec, les meilleures estimations sur la couverture vaccinale contre la grippe disponibles jusqu'à maintenant ne concernaient que les personnes de 65 ans et plus et provenaient de sources administratives ou de résultats d'enquêtes. Tout d'abord, les données de gestion du programme provincial ont montré une couverture vaccinale, en 1997-1998, de 44 % pour les personnes de ce groupe d'âge vivant en milieu ouvert (MSSS, 1999b). D'autre part, trois études transversales ont estimé la couverture vaccinale des Québécois de 65 ans et plus : l'*Enquête sociale générale de 1991* de Statistique Canada (1994) a observé, parmi cette population, une proportion de personnes vaccinées de 37 % pour la saison 1990-1991; une enquête téléphonique auprès d'un échantillon d'adultes, réalisée le 30 mai 1996, qui a estimé la couverture vaccinale des 65 ans et plus à 40 % (Duclos et autres, 1996); et, plus récemment, l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada en 1996-1997, qui a estimé la couverture vaccinale chez les Québécois de 65 ans et plus à 34 % au cours d'une période d'un an (Statistique Canada, 1999). Il est à noter que cette dernière proportion est nettement inférieure à celles obtenues dans toutes les autres provinces canadiennes. En effet, dans les autres provinces, la proportion estimée des personnes de 65 ans et plus qui ont été immunisées contre la grippe dans la dernière année variait de 48 % à 60 %.

Les données obtenues ici estiment que la couverture vaccinale des personnes de 65 ans et plus, soit le plus important groupe cible du programme d'immunisation québécois contre l'influenza, est d'environ 38 %, ce qui est nettement inférieur à l'objectif de 60 % déterminé dans les *Priorités nationales de santé publique* pour les personnes âgées vivant en milieu ouvert. Il faut toujours être prudent en comparant des données de différentes enquêtes dont les méthodologies ne sont pas strictement similaires. Rien n'indique cependant qu'il y ait eu une progression sensible du taux de couverture de ce groupe durant la dernière décennie (Statistique Canada, 1994 et 1999; Duclos et autres, 1996). Même si le nombre de doses de vaccin distribuées dans le cadre du programme d'immunisation provincial a augmenté graduellement avec le temps pour atteindre 700 000 doses en 1997-1998 (Nadine Tremblay, MSSS, communication personnelle), cette augmentation aurait plutôt contribué à combler l'accroissement rapide de la taille de la population cible résultant de l'évolution démographique au Québec.

Par ailleurs, en transposant le nombre estimé de personnes vaccinées (8 % des Québécois, soit environ 560 000 personnes) au nombre de doses distribuées, on remarque une différence de plus de 100 000 doses qui ne peut être expliquée que partiellement par le nombre de doses utilisées pour les personnes vaccinées en milieu fermé. Le reste des doses est probablement perdu à cause, entre autres, de la présentation des vaccins en fiole de 10 doses. Comme la vaccination est réalisée par de nombreux vaccinateurs au Québec, une perte de quelques doses pour chacun d'entre eux peut, pour l'ensemble du Québec, représenter des pertes importantes.

La couverture vaccinale, tous âges confondus, semble légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes – ce qui a aussi été observé dans les deux études de Statistique Canada (1994 et 1999) – mais cela pourrait être dû à une différence dans la distribution par âge des deux groupes.

Pour les autres populations visées par le programme provincial d'immunisation contre la grippe, il est beaucoup plus difficile d'évaluer une couverture vaccinale et les estimations produites par l'*Enquête sociale et de santé 1998* constituent des données précieuses. La couverture vaccinale estimée chez les personnes souffrant de certains problèmes de santé de longue durée pour lesquels la vaccination antigrippale est indiquée est également très faible. Cela pourrait s'expliquer partiellement par le fait que certaines personnes atteintes plus légèrement, qui ne sont pas visées par le programme provincial, ont été incluses dans les estimations produites ici. Cela pourrait être le cas, par exemple, des personnes souffrant d'un asthme bénin, qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier.

Bien qu'imprécise, la très basse couverture vaccinale estimée chez les travailleurs de la santé (11 %) est tout de même cohérente avec l'estimation de 18 % faite par Duclos et Hatcher (1993), à partir des données de l'enquête de Statistique Canada de 1991. Comme pour les personnes souffrant des problèmes de santé de longue durée sélectionnés pour la présente analyse, la proportion du personnel soignant immunisé contre la grippe qui est observée ici peut être sous-estimée. En effet, des travailleurs de la santé non visés par le programme d'immunisation provincial ont pu être inclus au dénominateur des estimations, le programme de vaccination du Québec ne ciblant que les travailleurs de la santé qui ont de nombreux contacts avec des personnes atteintes des problèmes de santé de longue durée énumérés précédemment. Pour le reste de la population, on estime que seulement 2,9 % des Québécois seraient vaccinés contre la grippe, ce qui n'est pas surprenant puisque aucun programme spécifique ne s'adresse à la population en général.

Pour expliquer les faibles résultats de couverture vaccinale pour toutes les populations évaluées ici, il faudrait chercher à comprendre pourquoi les Québécois n'adhèrent pas à cette mesure préventive efficace, alors que le reste des Canadiens semblent l'accepter davantage. Même si la majorité des personnes vaccinées ont été incitées à le faire par leur médecin, il serait intéressant de vérifier si les médecins québécois recommandent moins fréquemment la vaccination contre l'influenza que leurs collègues des autres provinces, si la recommandation est moins bien faite ou si c'est le degré d'observance qui varie. D'autres études sont nécessaires pour connaître de façon plus précise les obstacles à l'immunisation au Québec et les meilleures stratégies pour rejoindre et convaincre les personnes visées par le programme (Briss et autres, 2000).

Éléments de réflexion pour la planification

Dans le contexte actuel, les enquêtes transversales, comme l'*Enquête sociale et de santé 1996*, restent un des moyens les plus efficients pour évaluer les taux de couverture vaccinale. En effet, présentement au Québec, aucun système d'enregistrement systématique des vaccinations n'existe à l'échelle provinciale. Des projets pilotes ont été implantés dans quelques régions, mais l'enregistrement des actes vaccinaux réalisés dans les cliniques médicales reste problématique. Des discussions sont en cours, tant au niveau provincial qu'au niveau fédéral, pour développer des systèmes informatisés qui permettraient d'enregistrer de façon exhaustive les actes vaccinaux réalisés sur le plan individuel, tout en respectant la confidentialité.

Dans le futur, l'utilité de l'*Enquête sociale et de santé* pourrait être améliorée afin d'estimer de façon plus précise la couverture vaccinale contre la grippe et de mieux comprendre la place de la recommandation du médecin dans la décision d'obtenir la vaccination. Cela pourrait se faire en spécifiant si les personnes vaccinées ou non étaient vraiment visées par le programme (ex. : travailleurs de la santé ayant des contacts avec des malades ou personnes ayant une maladie chronique nécessitant un suivi régulier), ou en modifiant la question sur la recommandation du médecin afin qu'elle s'adresse également aux personnes non vaccinées. De plus, des questions concernant d'autres immunisations pourraient être ajoutées : par exemple, la vaccination contre les infections causées par le pneumocoque qui fera l'objet d'un programme pleinement implanté dès l'automne 2000.

Bibliographie

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (ACIP) (1999). « Prevention and control of influenza », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° RR-4, April 30, p. 1-28.

BRISS, P. A., et autres (2000). « Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18(1S), January, p. 97-140.

CARBONNEAU, M., P. DE WALS et H. PAYETTE (1992). « Évaluation des avantages d'un programme de vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées vivant en milieu ouvert », *Rapport technique de l'étude pilote*, Sherbrooke, Département de santé communautaire, 33 p. et annexes.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) (1998). *Guide canadien d'immunisation*, 5e édition, Ottawa, Santé Canada, 237 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) (1999). « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1999-2000 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 25, n° DDC-2, p. 1-14.

DUCLOS, P., et J. HATCHER (1993). « Epidemiology of influenza vaccination in Canada », *Journal canadien de santé publique*, vol. 84, n° 5, septembre-octobre, p. 311-315.

DUCLOS, P., et autres (1996). « Enquête sur l'immunisation de la population adulte non institutionnalisée-Québec (au 30 mai 1996) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 22, n° 21, novembre, p. 177-181.

ELFORD, R. W., et M. TARRANT (1994). « Prévention de la grippe » dans GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, p. 844-853.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec,, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Vers l'atteinte des résultats attendus : évaluation des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - An 1 - Fiche technique*, Gouvernement du Québec, Québec, 81 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). *Protocole d'immunisation*, 3e édition, Gouvernement du Québec, Québec, 391 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999b). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - Vers l'atteinte des résultats attendus : 1er bilan*, Gouvernement du Québec,, Québec, 146 p.

POTTER, J., et autres (1997). « Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of eldery patients », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 175, January, p. 1-6.

STATISTIQUE CANADA (1994). *L'état de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 179 p.

STATISTIQUE CANADA (1999). « Immunisation », dans *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada, p. 79-82.

Famille et ménage

Familles et santé

Chapitre 24
Familles et santé

Esther Létourneau
Dominique André
Direction des statistiques sociodémographiques
Institut de la statistique du Québec

Michel Bernier
Conseil de la santé et du bien-être

Paul Marchand
Direction de la recherche en politiques familiales
Ministère de la Famille et de l'Enfance

Anne-Marie Trudel
Conseil de la santé et du bien-être

Introduction

Le présent chapitre traite de la délicate question du lien existant entre, d'une part, la santé et le bien-être et, d'autre part, l'un des principaux milieux de vie : la famille. Quiconque s'intéresse de près à cette question est confronté à une situation apparemment paradoxale : les connaissances relatives aux transformations des structures familiales et aux modifications survenues dans la vie des parents et des enfants sont fort nombreuses et fort bien documentées alors que, bien qu'elles soient très souvent évoquées, la connaissance des conséquences de ces transformations sur la santé et le bien-être demeure parcellaire.

En effet, on connaît assez bien le contexte de mouvance dans lequel vivent aujourd'hui les familles et les bouleversements qui touchent l'ensemble de l'univers familial. Fait largement connu et documenté, le visage des familles québécoises s'est considérablement transformé sous l'influence de changements sociodémographiques profonds. Les points les plus marquants de ces transformations sont l'augmentation du nombre de familles monoparentales et de familles recomposées, la mutation des parcours de vie des adultes et de leurs enfants et le débordement des liens familiaux hors du cadre du ménage attribuable aux ruptures d'union.

Afin de suivre à la trace les transformations familiales, Statistique Canada produit de nombreuses sources de données statistiques. Les recensements canadiens témoignent de cette évolution par le biais des familles recensées mais demeurent muets face aux recompositions familiales ou aux modalités de garde des enfants de familles rompues. Grâce à des enquêtes, telles l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Statistique Canada, 1998) ou les enquêtes sociales générales de 1990 et de 1995, on a pu appréhender ces aspects importants de même que les autres manifestations des changements qui touchent les familles. Ces enquêtes ont notamment permis de mettre en lumière le fait que les jeunes générations naissent dans un environnement familial plus diversifié, connaissent plus tôt la scission de leur famille et, conséquemment, expérimentent la vie en famille monoparentale ou recomposée à un âge de plus en plus jeune (Statistique Canada, 1998; Marcil-Gratton et Le Bourdais, 1999; Le Bourdais et Desrosiers, 1997; Le Bourdais et autres, 1998; Le Bourdais et Marcil-Gratton, 1998; Conseil de la famille et de l'enfance, 1999).

Par ailleurs, les connaissances relatives aux impacts sur la santé et le bien-être de ces transformations sont beaucoup moins développées, particulièrement à l'échelle de l'ensemble de la population que vise la

présente enquête. Ces transformations sont réputées avoir des effets aussi bien sur la santé des parents que sur celle des enfants. À lui seul, le fait que la famille représente un milieu de vie très important pour tous les individus explique probablement cette situation.

On affirme, au sujet de la monoparentalité, par exemple, qu'elle est liée à l'occurrence de problèmes sociaux tels que la pauvreté, l'isolement des ménages et la violence et qu'elle a un impact sur le bien-être et le développement des enfants. Qui plus est, parce qu'elle est souvent associée à des conditions économiques précaires, la monoparentalité ne serait pas sans lien avec la santé et le bien-être des parents qui doivent composer avec elle (Dandurand, 1994). Les ruptures d'union semblent aussi avoir des impacts sur la santé et le bien-être. Ceux-ci seraient surtout associés au climat d'entente ou de discorde qui prévaut après la dissolution de la famille et ils peuvent toucher les parents comme les enfants. Ces ruptures d'union entraînent ce que d'aucuns estiment être un processus de désaffiliation familiale pour les pères, lequel peut présenter des effets importants sur leur santé et sur leur bien-être (Renaud et autres, 1987). Finalement, la recomposition familiale peut se caractériser par des relations tendues entre les parents et les enfants, ce qui est aussi susceptible de se répercuter sur leur santé et sur leur bien-être. Après une recomposition familiale, les enfants ont souvent à vivre avec des règles et des consignes différentes, s'ils passent du temps dans deux maisons, et les parents doivent souvent s'ajuster à un nouveau rôle (Visher et Visher, 1979; Germain, 1986; Saint-Jacques, 1990).

Il est pour le moins paradoxal de disposer d'une telle quantité de données et d'informations sur les transformations familiales survenues récemment et de relativement peu d'indications quant à leurs liens avec les dimensions de santé et de bien-être des individus. Cette situation se trouve en quelque sorte exacerbée quand on considère l'utilité que pourraient avoir de telles informations pour l'intervention et la prise de décision.

Les efforts visant à mieux faire connaître les transformations observées dans l'univers familial et, à plus forte raison, ceux visant à mettre en lumière les impacts de ces transformations sur la santé et le bien-être découlent du premier principe directeur des priorités nationales de santé publique, lequel associe directement l'« agir » à la connaissance. Pour agir en amont des problèmes, ne faut-il pas d'abord bien connaître les réalités sociales sous-jacentes à ceux-ci? Une meilleure compréhension des réalités familiales et de leurs liens avec la santé et le bien-être peut certes s'inscrire dans un contexte où il faut mieux comprendre pour accroître la capacité d'action et d'intervention. Pour paraphraser ces priorités, mieux connaître l'univers familial des Québécois et ses effets sur la santé et le bien-être semble une condition préalable à une meilleure compréhension des éléments liés au cumul des facteurs de risque et de protection (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1997).

Les transformations de l'univers familial présentent aussi une importance particulière parce qu'elles touchent un des principaux milieux de vie des individus. À ce titre, la famille occupe une place importante dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). On la retrouve en filigrane, sinon au cœur de cinq des six stratégies de ce document : favoriser le renforcement du potentiel des personnes, soutenir les milieux de vie, développer des environnements sains et sécuritaires, améliorer les conditions de vie et agir pour et avec les groupes vulnérables.

L'analyse que comporte le présent chapitre s'articule autour de trois objectifs principaux. Le premier propose, en continuité de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, un portrait des familles québécoises qui permet de suivre l'évolution de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, de même que de celles des individus qui les composent. Ce portrait adopte d'abord la perspective de l'ensemble des ménages pour se concentrer ensuite sur les familles avec au moins un enfant mineur. Ce choix, qui teinte par

ailleurs la comparaison qu'on fait entre les principaux indicateurs de santé et de bien-être, ne vise pas uniquement à assurer une plus grande comparabilité dans le temps avec les enquêtes précédentes. Il vise d'abord et avant tout à assurer la comparaison de familles présentant des caractéristiques homogènes, comme il donne suite à la reconnaissance du rôle de socialisation et de développement que les familles jouent auprès des enfants. Le deuxième objectif aborde, sous l'angle des parents, le lien entre la structure de la famille et les indicateurs de la santé et du bien-être. D'abord, on examine la qualité des relations du parent avec ses enfants ainsi que celle des relations du parent avec son ou ses beaux-enfants, dans la mesure où celui-ci les élève. La qualité des relations entre les conjoints est également étudiée. Ensuite, la santé des parents est présentée à l'aide d'une série d'indicateurs portant sur les habitudes de vie et le bien-être des individus, tels que la consommation d'alcool, l'usage du tabac, la sécurité alimentaire, la détresse psychologique, la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé et la consommation de médicaments. Le nombre limité d'indicateurs de santé pour les enfants de moins de 15 ans de même que le peu de différences significatives observées entre les différents types de familles nous ont contraints à reporter l'étude des enfants mineurs. Le troisième objectif explore un aspect novateur de l'enquête, soit la réalité des parents séparés qui ont au moins un enfant mineur issu d'une union rompue. Les modalités de garde, la durée écoulée depuis la séparation et la qualité des relations avec l'ex-conjoint sont également étudiées chez ces parents.

24.1 Aspects méthodologiques

24.1.1 Indicateurs

Les informations recueillies à la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) ont permis de distinguer deux types de ménages, soit les ménages non familiaux et les ménages familiaux. Les ménages non familiaux comprennent les personnes vivant seules ainsi que celles vivant avec une ou plusieurs autres personnes sans qu'il y ait de lien de filiation ou d'alliance. À l'opposé, les ménages familiaux sont caractérisés par la cohabitation d'au moins deux personnes, unies par des liens de filiation ou d'alliance avec ou sans enfants et quel que soit leur âge (couples sans enfant, familles biparentales intactes, familles recomposées, familles monoparentales et autres familles).

La construction de la variable famille résulte de la combinaison des trois caractéristiques suivantes : a) le nombre de parent(s) vivant dans le ménage, qui permet de distinguer les familles monoparentales des familles biparentales, b) l'âge des enfants et c) la présence d'enfant(s) issu(s) d'union(s) antérieure(s), qui permet de différencier les familles biparentales intactes des familles recomposées. On obtient, grâce à cette variable, quatre grands types de famille déjà mentionnés ci-dessus : biparentales intactes, recomposées, monoparentales et autres familles. De plus, les familles recomposées se divisent en six types; les trois premiers comptent uniquement des enfants issus d'union antérieure, soit de la mère (avec beau-père), soit du père (avec belle-mère), soit des deux conjoints (avec beau-père et belle-mère). Les trois derniers types comprennent au moins un enfant provenant d'une union antérieure de la mère, du père ou des deux conjoints selon le cas, auquel se sont ajoutés un ou plusieurs enfants communs aux deux parents (Bernier et autres, 1995).

La méthodologie de la construction de la variable famille, décrite en détail dans un ouvrage tiré de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Bernier et autres, 1994), demeure pratiquement la même que dans les deux enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993. Une nouvelle question, permettant d'identifier le conjoint de chaque personne en couple dans le ménage, s'est ajoutée dans la section d'identification du QRI pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.

Les questions portant sur les relations au sein de la famille proviennent de la section XII - La famille, du

questionnaire autoadministré (QAA173 à QAA183). Ce questionnaire s'adresse à toutes les personnes âgées de 15 ans et plus qui appartiennent au ménage au moment de l'enquête.

D'entrée de jeu, la première question de la section (QAA171) sert à sélectionner les individus ayant un ou plusieurs enfants (biologiques ou adoptés) âgés de moins de 18 ans. Cette question est tirée de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* et de l'enquête *Santé Québec 1987*; toutefois, le libellé de la question a été modifié en 1998 pour mieux circonscrire les enfants biologiques ou adoptés d'âge mineur.

La question « Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux? » (QAA172) permet au parent d'évaluer la qualité des relations qu'il entretient avec ses enfants mineurs. Cette question provient également de l'enquête de 1992-1993; toutefois, le libellé de la question a été modifié et les catégories de réponse ont été changées de sorte que les choix portent sur les problèmes de relations et non plus sur la satisfaction quant à ces relations. La formulation de ces catégories de réponse provient de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995* de Statistique Canada.

La même section accorde ensuite une place importante aux ruptures d'unions qui impliquent les enfants mineurs. Deux nouvelles questions, soit la question « Habitez-vous avec l'un ou plusieurs de ces enfants de moins de 18 ans? » (QAA173) et la question « Êtes-vous divorcé(e) ou séparé(e) de l'autre parent de l'un de vos enfants de moins de 18 ans? » (QAA174), servent à créer un sous-ensemble de parents séparés de l'autre parent de l'un de leurs enfants mineurs. On a créé pour ce sous-groupe des questions concernant la durée écoulée depuis la séparation (QAA175), le mode de garde des enfants mineurs (QAA176) et les relations avec l'ex-conjoint (QAA177, QAA178, QAA1179 et QAA180). La question sur la durée (QAA175) s'inspire d'une question de l'enquête *Santé Québec 1987*. Pour ce qui est de la question sur la garde (QAA176), celle-ci existait déjà en 1992-1993, mais les choix de réponses ont été modifiés de sorte que les différentes modalités de garde concordent avec celles du Règlement sur la fixation des pensions alimentaires pour enfants (Québec, 1997). Cette dernière question porte sur tous les enfants mineurs du parent séparé, peu importe qu'ils soient nés de l'union en cours ou d'unions antérieures. Lors de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en cinq catégories, soit 1) ne voit jamais ses enfants, 2) droit de visite et/ou de sortie prolongée, 3) garde partagée, 4) garde exclusive et 5) autre mode de garde (qui combine les catégories « ma situation est une combinaison des précédentes » et « autres »). Aussi, sur quatre questions concernant les relations entre ex-conjoints, on en compte trois nouvelles : QAA177, QAA 178 et QAA179. Les deux questions qui demandent une évaluation du climat d'entente avec l'ex-conjoint, soit au moment de la séparation (QAA177) et au moment de l'enquête (QAA179), s'inspirent de travaux de recherche centrés sur les désunions (Dandurand, 1994). Celle qui établit l'existence de contact avec l'ex-conjoint (QAA178) est inédite. Quant à la question sur la satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'ex-conjoint (QAA180), elle provient de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

De plus, trois nouvelles questions du QAA portent sur la perception de la qualité des relations du parent avec son ou ses beaux-enfants, dans la mesure où il les élève. Ces questions se lisent comme suit : « Élevez-vous un ou des enfant(s) de moins de 18 ans qui ne sont pas les vôtres? » (QAA181), « Si oui, s'agit-il des enfants de votre conjoint(e) actuel(le)? » (QAA182) et « Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux? » (QAA183). Enfin, la question QAA163 de la section XI - Votre vie en général, a servi à examiner le niveau de difficulté dans les relations entre conjoints.

24.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

L'utilisation de la variable famille dans l'enquête de 1998 permet de suivre l'évolution du portrait des ménages non familiaux et familiaux parmi l'ensemble des ménages québécois ainsi que celui des familles

comprenant au moins un enfant mineur, et ce, depuis les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Par ailleurs, contrairement aux enquêtes précédentes, les questions sur les relations au sein de la famille ont été regroupées dans une seule et même section du QAA. Toutefois, il est à noter que la comparaison avec les résultats des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 n'est pas présentée puisque plusieurs questions ont été modifiées. Néanmoins, certaines comparaisons d'ordre général seront abordées dans les résultats.

24.1.3 Portée et limites des données

L'indicateur principal du chapitre, soit la variable famille, comporte des limites de nature statistique et structurelle. Ainsi, les familles monoparentales dirigées par un père et les six différents types de familles recomposées qui, même une fois regroupées dans la catégorie globale des familles recomposées, demeurent relativement peu nombreuses. En conséquence, lorsqu'on présente les indicateurs pour les parents de ces familles, les intervalles de confiance des proportions peuvent considérablement varier, ce qui nuit à l'interprétation des résultats. Dans ce contexte, on a décidé, comme dans l'enquête de 1992-1993 d'ailleurs, de regrouper ensemble les parents et les beaux-parents des familles recomposées.

La question propre à l'identification des individus ayant un ou plusieurs enfants mineurs (QAA171) comporte certaines limites. Comme dans les enquêtes antérieures de Santé Québec, on sait que des personnes ayant répondu « non » à cette question ont mal répondu si, par exemple, les liens filiaux de la *Section d'identification* du QRI de leur ménage montrent qu'ils appartiennent à une famille biparentale intacte comptant au moins un enfant mineur. Ces parents, peu nombreux, génèrent une légère sous-estimation des parents ayant des enfants de moins de 18 ans.

Il faut aussi souligner la non-réponse relativement élevée aux trois questions utilisées pour décrire les conditions de vie des parents séparés de l'autre parent d'au moins un de leurs enfants mineurs (QAA175, QAA176 et QAA180). La non-réponse partielle à ces questions a généré certaines incohérences au moment de la construction des tableaux d'analyse. Le taux de non-réponse partielle à la question sur la durée écoulée depuis la séparation (QAA175) est de 9 %. Toutefois, il se situe à 10 % chez les pères séparés et à 8 % chez les mères séparées. Par conséquent, dans les analyses, on sous-estime un peu la proportion de parents qui sont séparés ou divorcés depuis longtemps. Par ailleurs, la réponse des parents qui se disent séparés depuis plus de 18 ans de l'autre parent de l'un de leurs enfants qui n'a pas encore atteint ses 18 ans a dû être considérée comme étant une non-réponse (catégorie inconnue) à la question « durée écoulée depuis la séparation » (QAA175). Le taux de non-réponse partielle à la question sur le mode de garde de tous les enfants mineurs (QAA176), de 6 %, est le même pour les mères séparées que pour les pères séparés. Comme le sexe du parent peut influencer le mode de garde des enfants d'une union rompue, cette non-réponse pourrait provoquer une sous-estimation de la garde exclusive chez les mères et du droit de visite ou de sortie prolongée chez les pères. Bref, pour cette variable, le taux de non-réponse partielle atténue une différence déjà significative. Enfin, pour la question sur la satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'autre parent (QAA180), le taux de non-réponse partielle est de 7 %. Il est un peu plus élevé pour les mères séparées (8 %) que pour les pères séparés (7 %). Encore ici, ce taux pourrait provoquer une sous-estimation de la proportion de parents insatisfaits.

On a enfin constaté que la classification des familles selon le type peut souffrir d'un biais parce qu'elle tient compte des seuls membres présents dans le ménage au moment de l'enquête. En effet, il s'avère que, dans le groupe des parents séparés ayant un enfant mineur né d'une union antérieure mais absent du ménage au moment de l'enquête, un certain nombre de parents sont classés comme appartenant à une famille biparentale intacte. Comme il est difficile de prendre en

compte cette information dans la construction de la variable famille, il s'ensuit possiblement une légère surestimation du nombre de familles biparentales intactes et une légère sous-estimation des familles recomposées.

Par ailleurs, il semble y avoir une sous-déclaration des pères séparés avec enfants mineurs à la question QAA174. En effet, dans l'ensemble de la population, on estime qu'il y a 189 000 pères comparativement à 248 000 mères ayant au moins un enfant mineur et qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de cet enfant. Ces deux populations auraient dû être semblables.

Pour les besoins de l'édition des tableaux du présent chapitre, les variables d'analyse figurent en abscisse, à l'exclusion des deux premiers tableaux.

24.2 Résultats

24.2.1 Les familles dans l'ensemble des ménages québécois

Le présent portrait situe d'abord les ménages non familiaux et familiaux parmi l'ensemble des ménages québécois. Ensuite, l'analyse se concentre sur les seules familles comprenant au moins un enfant mineur.

Le tableau 24.1 présente les ménages non familiaux et familiaux selon le type de ménage. Selon la présente enquête, les ménages familiaux représentent près de 70 % de l'ensemble des ménages québécois. Entre l'enquête de 1992-1993 et celle de 1998, on observe une tendance à la diminution de la proportion des ménages familiaux (71 % c. 70 %) au profit des ménages non familiaux, ce qui consolide le résultat qu'on avait observé entre 1987 et 1992-1993. Ce recul de la proportion des ménages familiaux, quoique faible en 1998, reflète notamment la perte d'importance des familles biparentales intactes (de 40 % en 1987 à 33 % en 1992-1993 et à 29 % en 1998) et trouve son corollaire dans l'augmentation de la proportion des personnes vivant seules qui, représentant près de 20 % des ménages en 1987, se hisse à 25 % en 1992-1993 et à 27 % en 1998. De plus, entre 1987 et 1998, l'écart qui séparait les familles biparentales intactes des couples sans enfants s'atténue. Représentant respectivement environ 40 % et 24 % des ménages en 1987, ces deux types de familles se côtoient en 1998 puisque leur importance est estimée à 29 % pour les familles biparentales et à 26 % pour les couples sans enfants. Le poids des familles monoparentales dans l'ensemble des ménages varie peu durant cette décennie, oscillant autour de 10 %. Les familles recomposées qui, en 1998, comptent pour 4 % des ménages, sont en croissance par rapport à leur proportion de 2,6 % tirée de l'enquête de 1987.

Tableau 24.1
Ménages non familiaux et familiaux (enfants de tous âges) selon le type, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe [1]
		%		'000
Ménages non familiaux				
Personnes seules	19,7	24,9	27,1	804
Autres ménages	4,3	3,7	3,3	97
Total	**24,0**	**28,6**	**30,4**	**901**
Ménages familiaux				
Couples sans enfants	24,0	26,2	26,1	772
Familles biparentales intactes	39,5	32,5	29,0	859
Familles recomposées	2,6	3,4	4,0	118
Familles monoparentales	9,5	8,9	10,4	308
Autres familles	0,3	0,3**	0,2**	5
Total	**76,0**	**71,4**	**69,6**	**2 062**

1. Correspond à une estimation du nombre de ménages.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

24.2.2 Familles avec au moins un enfant mineur

Répartition des familles selon le type

Le tableau 24.2 présente les familles comptant au moins un enfant mineur selon le type de famille. L'enquête montre, en 1998, qu'environ 69 % des familles (environ 656 000 familles) sont formées d'un couple vivant avec son ou ses propres enfants (biologiques ou adoptés). Environ 20 % des familles sont dirigées par un seul parent (une mère, cinq fois sur six). Un peu plus de 10 % comprennent un beau-parent; dans les trois quarts (75 %) de ces familles recomposées, il n'y pas d'enfants nés de l'union en cours, et environ 78 % des recompositions familiales s'organisent autour de la mère (familles avec beau-père seulement) (tableau C.24.1).

La répartition des différents types de familles ayant au moins un enfant mineur a changé au cours de la dernière décennie. La proportion de familles biparentales intactes est passée de 81 % à 69 %, ce qui représente une baisse tant durant la période de 1987 à 1992-1993 que dans la suivante, de 1992-1993 à 1998 (tableau 24.2). On observe un phénomène inverse chez les familles monoparentales et recomposées, puisque leur proportion augmente pendant la même décennie. Les premières passent de 14 % à 20 % de 1987 à 1998 et les secondes de 6 % à 10 % respectivement durant la même période. Pour les familles recomposées, la hausse représente, en proportion, approximativement le double des familles. Cependant, si leur proportion avait augmenté entre 1987 et 1992-1993, elle n'a pas bougé entre les deux dernières enquêtes. En effet, on ne détecte pas de différence significative, que ce soit dans l'ensemble des familles recomposées, ou encore, chez celles qui comptent ou non des enfants communs.

Tableau 24.2
Familles avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe[1]
		%		'000
Familles biparentales intactes				
Total	**80,9**	**74,6**	**69,4**	**656**
Familles recomposées				
Total	**5,5**	**8,5**	**10,4**	**98**
Sans enfants communs				
Avec belle-mère	0,6*	1,0*	1,0*	9
Avec beau-père	2,9	4,4	6,1	57
Avec belle-mère et avec beau-père	0,7*	0,7*	0,8*	7
Total	**4,2**	**6,1**	**7,8**	**74**
Avec enfant(s) commun(s)				
Avec belle-mère	0,3**	0,4**	0,4**	3
Avec beau-père	1,0	1,9	2,1	20
Avec belle-mère et avec beau-père	0,0**	0,1**	0,1**	1
Total	**1,3**	**2,5**	**2,6**	**24**
Familles monoparentales				
Parent féminin	11,7	14,3	16,8	159
Parent masculin	1,8	2,5	3,5	33
Total	**13,5**	**16,8**	**20,3**	**192**

1. Correspond à une estimation du nombre de familles.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Caractéristiques des parents selon le type de famille

Le tableau 24.3 met en évidence les liens entre certaines caractéristiques des parents et le type de famille auquel ils appartiennent. Précisons que les beaux-parents des familles recomposées y figurent au même titre que les parents en raison des petits effectifs en cause.

Dans la présente enquête, on constate que les parents masculins sont plus âgés que les parents féminins. Environ 74 % des hommes sont âgés de 25 à 44 ans comparativement à 81 % des femmes, et 24 % des hommes sont âgés de 45 ans et plus contre 14 % des femmes. Lorsqu'on examine les données selon le type de famille, on observe que les hommes se répartissent par groupe d'âge sans différence d'un type de famille à l'autre. Il en est autrement chez les femmes; environ 88 % de celles qui vivent dans une famille recomposée ont entre 25 et 44 ans comparativement à 82 % de celles qui vivent dans une famille biparentale et à 76 % dans une famille monoparentale. Les femmes faisant partie d'une famille recomposée forment, comme dans l'enquête de 1992-1993, le plus jeune groupe de mères (données non présentées); seulement 8 % de ces femmes sont âgées de 45 ans et plus (c. 14 % à 15 % dans les autres types de familles).

La majorité des mères et des pères de familles biparentales intactes se sont déclarés mariés (78 %) alors que les adultes de familles recomposées vivent principalement en union de fait (77 %) (tableau 24.3). La répartition des mères et des pères diffère toutefois selon la situation de monoparentalité : environ 49 % des mères à la tête d'une famille monoparentale se sont déclarées célibataires contre 27 % des pères. On observe, en corollaire, qu'environ 72 % des pères chefs de famille monoparentale se sont déclarés veufs, séparés ou divorcés contre 51 % des mères.

Si le niveau de scolarité relative ne permet pas de détecter de différence pour les parents masculins selon le type de famille, il en va autrement pour les parents féminins. La concentration au plus faible niveau de scolarité relative des mères en famille recomposée (31 %) les démarque des mères de famille biparentale intacte (19 %) (tableau 24.3).

La répartition selon le statut d'activité au cours d'une période de 12 mois montre qu'environ 92 % des pères de famille biparentale occupent un emploi. Cette proportion diffère des hommes en famille recomposée, dont quelque 84 % ont fait la même déclaration, et des hommes en famille monoparentale, parmi lesquels 81 % occupaient un emploi. Soulignons qu'en 1992-1993, 74 % des pères de famille monoparentale avaient déclaré avoir un emploi (données non présentées). La majorité des mères disent également qu'elles ont eu un emploi au cours de la même période et la proportion culmine avec près de 67 % chez les femmes vivant en famille recomposée, pour redescedre à 62 % chez les femmes vivant en famille biparentale et à près de 58 % chez celles en famille monoparentale. Toutefois, aucune différence significative n'a été constatée entre ces trois types de famille. Soulignons que 50 % des mères en famille monoparentale avaient un emploi en 1992-1993, ce qui est inférieur à la proportion de 58 % constatée en 1998. Environ 31 % des mères de famille biparentale ont mentionné qu'elles tenaient maison, proportion qui est moindre chez leurs consœurs de famille recomposée (24 %). En corollaire, les femmes vivant en famille monoparentale sont proportionnellement plus nombreuses à être aux études que les mères en famille biparentale (9 % c. 2,9 %) (tableau 24.3).

Enfin, la perception de sa propre situation financière illustre la pression économique qui s'exerce autant sur les mères que sur les pères en situation de monoparentalité. Environ 46 % des mères et 36 % des pères en famille monoparentale se perçoivent pauvres ou très pauvres. D'ailleurs, proportionnellement plus de mères vivant en famille monoparentale ou recomposée qu'en famille biparentale se perçoivent dans cette situation financière négative (46 % et 33 % c. 17 %). Aucune différence selon le type de famille n'a été constatée chez les pères vivant dans cette situation (tableau 24.3).

Tableau 24.3

Caractéristiques sociodémographiques des parents[1] vivant avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parents féminins				Parents masculins			
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total
	%							
Groupe d'âge								
Moins de 18 ans	0,1**	0,3**	–	0,1**	0,0**	–	–	0,0**
18-24 ans	3,9	3,9**	9,3*	4,8	1,7*	2,6**	–	1,8*
25-34 ans	33,8	32,3	32,3	33,4	25,2	25,1	20,9*	25,0
35-44 ans	47,7	55,4	44,0	47,9	49,3	49,8	51,0	49,4
45 ans et plus	14,5	8,2*	14,4	13,8	23,7	22,6	28,1*	23,8
État matrimonial de fait								
Célibataire	0,1**	–	48,9	8,4	0,1**	–	26,8*	1,2*
Marié	77,7	23,1	–	58,5	77,6	22,6	0,7**	67,5
En union de fait	22,1	76,9	–	24,2	22,4	77,4	0,8**	28,3
Veuf, séparé ou divorcé	0,2**	–	51,1	8,9	0,0**	–	71,8	3,0
Scolarité relative								
Plus faible	18,7	30,6	26,5	21,3	20,7	24,5	31,0*	21,6
Faible	23,9	25,7	20,7	23,5	19,5	21,5	9,5**	19,3
Moyenne	19,8	15,0*	18,9	19,1	15,9	14,4*	17,4**	15,7
Élevée	18,6	15,9*	15,7	17,8	23,3	28,4	26,1*	24,1
Plus élevée	19,1	12,8*	18,3	18,2	20,6	11,3*	16,1**	19,2
Statut d'activité habituelle								
En emploi	61,7	66,6	57,8	61,6	92,4	83,6	80,6	90,8
Aux études	2,9	5,2**	8,8*	4,2	1,2*	2,4**	6,2**	1,5*
Tient maison	30,9	23,7	27,2	29,5	1,8*	3,9**	5,1**	2,2*
À la retraite	0,3**	–	0,3**	0,3**	0,5**	2,7**	1,7**	0,8*
Sans emploi	4,2	4,5**	5,9*	4,5	4,1	7,4*	6,6**	4,6
Perception de sa situation financière								
À l'aise	17,7	6,9**	5,1*	14,3	16,9	14,9*	12,1**	16,5
Suffisante	65,2	60,2	49,3	61,9	64,0	57,9	51,9	62,8
Pauvre ou très pauvre	17,1	32,9	45,6	23,8	19,1	27,1	36,1*	20,8

1. Incluant les personnes qui ne sont pas parents eux-mêmes mais qui sont le conjoint du parent (famille recomposée seulement).
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfants mineurs dans les familles

Centré sur le nombre et l'âge des enfants mineurs présents dans le ménage, le tableau 24.4 donne une évaluation de la charge parentale selon le type de famille. En moyenne, les parents de famille monoparentale ont moins d'enfants que les autres (1,5 chez les mères et 1,4 chez les pères c. 1,9 chez les parents de famille recomposée et 1,8 chez ceux de famille biparentale). Dans les familles monoparentales, on ne détecte pas de différence entre les mères et les pères ayant un seul enfant à charge (60 % c. 70 %). Toutefois, comme dans l'enquête de 1992-1993 (données non présentées), une toute autre différence les démarque : les mères ont la charge de plus jeunes enfants que les pères de famille monoparentale. En effet, dans 40 % des familles monoparentales dirigées par une femme, le plus jeune enfant est d'âge

préscolaire (de zéro à cinq ans), ce qui n'est le cas que pour environ 10 % des familles monoparentales dirigées par un homme. À cet égard, les mères de famille monoparentale ont une charge comparable aux parents des familles biparentales intactes, dont 47 % ont un cadet d'âge préscolaire. D'un autre point de vue, les familles monoparentales dirigées par une femme s'apparentent aux familles recomposées parce que la proportion de ces deux types de familles avec un seul enfant mineur, et même deux, ne présente pas de différence. D'ailleurs, cette similitude se comprend bien quand on se rappelle qu'environ 78 % des familles se recomposent autour d'une mère et de ses enfants et qu'environ un quart des familles recomposées comprend un enfant issu du couple (tableau 24.C.1).

Partageant une moyenne d'enfant par famille semblable (1,8), les familles biparentales intactes ne se distinguent pas des familles recomposées. On avait fait le même constat dans l'enquête de 1992-1993 (données non présentées). Cependant, en 1998, on perçoit une différence entre la proportion de familles recomposées et de familles biparentales ayant deux enfants mineurs (30 % c. 47 %). Il était prévisible, en raison des résultats de 1992-1993, que les familles biparentales aient aussi en 1998 des enfants plus jeunes que les recomposées : le benjamin a moins de 6 ans dans 24 % des familles recomposées comparativement à 47 % dans les familles biparentales; il a, par contre, entre 6 ans et 14 ans dans 53 % des familles recomposées contre 39 % des familles biparentales (tableau 24.4).

Tableau 24.4
Type de famille selon le nombre d'enfants mineurs et l'âge du plus jeune enfant, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale		Total
			Parent féminin	Parent masculin	
			%		
Nombre d'enfants mineurs présents dans le ménage					
Un enfant	39,9	47,7	59,8	70,3	45,1
Deux enfants	46,5	30,2	33,2	23,3*	41,8
Trois enfants et plus	13,6	22,2	7,1*	6,4**	13,2
Nombre moyen	**1,78**	**1,85**	**1,49**	**1,40**	**1,72**
Âge du plus jeune enfant présent dans le ménage					
0-5 ans	46,6	24,4	40,1	10,1**	41,9
6-14 ans	38,6	52,5	43,7	67,6	41,9
15-17 ans	14,9	23,0	16,2	22,3*	16,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

24.2.3 Santé et bien-être des parents vivant avec un enfant mineur selon le type de famille

Qualité des relations avec les enfants et les beaux-enfants et entre les conjoints

La grande majorité des parents, soit environ 98 %, affirment n'avoir aucun problème, ou presque pas de problèmes ou avoir des problèmes occasionnels avec leurs propres enfants (biologiques ou adoptés), et ce, peu importe le type de famille et le sexe des parents (tableau 24.5). Les hommes vivant en famille recomposée qualifient favorablement leurs relations avec leurs beaux-enfants dans une proportion semblable. Les difficultés du rôle de belle-mère, déjà décelées dans l'enquête de 1992-1993, semblent être observées ici aussi : environ 29 % des femmes vivant en famille recomposés avec les enfants de leur conjoint déclarent avoir des problèmes fréquents ou constants avec eux. Cette proportion est de 4,4 % chez les hommes vivant en famille recomposée dans la même situation (tableau 24.5).

Le niveau de difficulté dans les relations entre conjoints ne varie pas selon le type de famille ni selon le sexe. Environ 72 % des parents masculins et 69 % des parents féminins ne rencontrent aucune difficulté avec leur conjoint. Enfin, soulignons que, dans l'ensemble, moins de 8 % des parents ont déclaré vivre des difficultés sévères.

Tableau 24.5
Qualité des relations avec les enfants mineurs et entre conjoints, parents féminins et masculins par type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parent féminins				Parents masculins			
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total
	%							
Relations avec leurs propres enfants								
Aucun problème	48,9	35,2*	36,0	45,1	52,8	34,6	41,3*	50,4
Presque pas de problèmes ou problèmes occasionnels	49,6	59,4	59,1	52,4	46,1	60,0	55,4	48,0
Problèmes fréquents ou constants	1,5**	5,4**	4,8**	2,5*	1,1**	5,4**	3,3*	0,1**
Relations avec les beaux-enfants								
Aucun problème	...	31,8*	...	...	...	40,9	...	...
Presque pas de problèmes ou problèmes occasionnels	...	39,4*	...	...	...	54,7	...	...
Problèmes fréquents ou constants	...	28,8*	...	...	...	4,4*	...	...
Indice de difficulté dans les relations entre conjoints								
Pas de difficultés	69,3	66,6	...	69,0	72,1	70,3	...	71,8
Difficultés légères	14,1	17,2*	...	14,5	12,6	15,0*	...	12,9
Difficultés moyennes	9,6	8,4**	...	9,4	9,0	9,1**	...	9,0
Difficultés sévères	7,0	7,8**	...	7,1	6,3	5,6**	...	6,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Indicateurs de santé des parents

La santé des parents selon le type de famille est présentée aux tableaux 24.6 et 24.7 à l'aide d'une série d'indicateurs portant sur les habitudes de vie et le bien-être des individus. Indépendamment du type de famille, environ 45 % des parents et des beaux-parents ont déclaré n'avoir pris aucune consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours (31 %) ou être un ancien buveur ou encore un abstinent (14 %) (tableau 24.6). Toutefois, une différence s'observe parmi les individus ayant pris plusieurs consommations : les parents et les beaux-parents de famille recomposée ont pris 14 consommations ou plus au cours d'une période de sept jours dans une proportion de près de 12 % comparativement à 6 % pour les parents de famille biparentale. Selon le sexe, la différence entre les parents et beaux-parents de famille recomposée et les parents de famille biparentale subsiste seulement chez les mères (tableau 24.7). Une tendance à une plus grande consommation chez les parents de famille recomposée est aussi observée chez les pères, bien qu'elle ne soit pas significative. Même si, de façon générale, les hommes vivant dans une famille avec au moins un enfant mineur consomment davantage d'alcool que les femmes, la seule différence entre les pères et les mères se manifeste au sein des familles biparentales pour ce qui est du fait d'avoir pris 14 consommations ou plus, ce qui est le cas de 10 % des pères contre 2 % des mères (tableau 24.7).

Tableau 24.6
Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le type de famille, sexes réunis, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total
	%			
Nombre de consommations d'alcool[1]				
14 ou plus	6,0	11,8	6.0*	6,6
7 à 13	12,8	12,6	10,0*	12,5
1 à 6	36,5	30,8	35,9	35,8
Aucune	31,0	30,8	30,3	30,9
Ancien buveur ou abstinent	13,7	14,1	17,9	14,2
Usage du tabac				
Fumeur régulier	28,3	53,7	49,0	33,6
Fumeur occasionnel	3,0	1,4**	2,1**	2,7
Ancien fumeur	36,9	24,8	26,9	34,4
N'a jamais fumé	31,9	20,0	21,9	29,3
Insécurité alimentaire				
Oui	5,7	8,4	21,3	7,8
Non	94,3	91,6	78,7	92,2
Indice de détresse psychologique				
Bas à moyen	82,5	70,8	67,8	79,5
Élevé	17,5	29,2	32,2	20,5
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon ou bon	94,1	92,3	90,0	93,5
Moyen ou mauvais	5,9	7,7*	10,0*	6,5
Nombre de problèmes de santé				
Aucun problème	38,5	34,7	26,0	36,6
Un problème	27,8	27,0	22,6	27,1
Plus d'un problème	33,8	38,3	51,4	36,3
Consommation de médicaments[2]				
Aucun	53,5	50,0	41,5	51,7
Un ou deux	37,2	38,4	43,4	38,1
Trois et plus	9,3	11,7	15,1	10,2

1. Au cours d'une période de sept jours.
2. Au cours d'une période de deux jours.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 24.7

Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le sexe du parent et le type de famille, parents féminins et masculins avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parents féminins				Parents masculins			
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total
	%							
Nombre de consommations d'alcool[1]								
14 ou plus	2,0	7,5	4,2**	2,9	9,9	15,6*	15,9**	10,8
7 à 13	8,3	10,1*	10,0*	8,8	17,3	14,7*	10,0**	16,7
1 à 6	36,5	35,7	33,8	35,9	36,4	25,9	46,7	35,5
Aucune	36,7	31,7	33,3	35,6	25,5	30,2	14,1**	25,7
Ancien buveur ou abstinent	16,5	14,9*	18,7	16,7	10,9	13,5*	13,4**	11,3
Usage du tabac								
Fumeur régulier	26,9	58,3	49,1	34,3	29,5	49,5	47,8	32,8
Fumeur occasionnel	3,0*	0,9**	2,3**	2,7	2,9*	2,0**	1,0**	2,7
Ancien fumeur	35,8	24,3	26,0	32,8	38,0	25,1	32,9*	36,1
N'a jamais fumé	34,2	16,5*	22,5	30,3	29,6	23,5	18,4**	28,4
Insécurité alimentaire								
Oui	5,7	8,5*	24,0	9,2	5,7	8,5*	8,3**	6,2
Non	94,3	91,5	76,0	90,8	94,3	91,5	91,7	93,8
Indice de détresse psychologique								
Bas à moyen	79,4	66,6	67,4	75,9	85,4	75,1	70,2	83,5
Élevé	20,6	33,4	32,6	24,1	14,6	24,9	29,8*	16,5
Perception de l'état de santé								
Excellent, très bon ou bon	94,5	92,3	90,1	93,5	93,8	92,5	90,2	93,5
Moyen ou mauvais	5,5	7,7*	10,0*	6,5	6,2	7,5*	9,3**	6,5
Nombre de problèmes de santé								
Aucun problème	32,7	29,0	24,6	30,9	44,2	40,4	32,9	43,3
Un problème	26,5	23,8	20,9	25,2	29,1	30,3	31,1	29,3
Plus d'un problème	40,8	47,3	54,5	43,9	26,7	29,4	36,1	27,4
Consommation de médicaments[2]								
Aucun	43,2	39,4	37,4	41,8	63,9	60,7	61,7	63,4
Un ou deux	45,3	43,8	45,8	45,2	29,2	32,6	32,2*	29,7
Trois et plus	11,5	16,8	16,9	13,0	7,0	6,7*	6,1**	6,9

1. Au cours d'une période de sept jours.
2. Au cours d'une période de deux jours.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

De façon générale, on retrouve, tant chez les hommes que chez les femmes, une proportion moindre de fumeurs réguliers dans les familles biparentales (28 %) que dans les familles recomposées (54 %) ou monoparentales (49 %) (tableaux 24.6 et 24.7). Les parents en famille biparentale se distinguent également au sein du groupe des anciens fumeurs ou des gens qui n'ont jamais fumé par une proportion nettement plus élevée que les parents des familles recomposées ou monoparentales (69 % comparativement à 45 % et 49 %) (tableau 24.6). Selon le sexe, les différences constatées demeurent chez les mères (70 % comparativement à 41 % et 49 %) (tableau 24.7). Enfin, quand on compare le comportement des hommes et celui des femmes pour un même type de famille, aucune différence ne se dégage.

Par ailleurs, parce que 21 % des parents en famille monoparentale déclarent souffrir d'insécurité alimentaire, ils se différencient nettement des autres parents (tableau 24.6). En effet, au moins 90 % des parents de chacune des autres catégories de famille n'éprouvent pas cette difficulté. Toutefois, cette relation subsiste uniquement chez les mères de famille monoparentale : près d'une sur quatre (24 %) souffre d'insécurité alimentaire comparativement à 8 % des pères en famille monoparentale (tableau 24.7).

L'indice de détresse psychologique montre des différences selon le type de famille. La situation est plus favorable pour les parents de famille biparentale que pour ceux de famille recomposée et monoparentale, les premiers étant proportionnellement plus nombreux à se situer au niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique (83 % c. 71 % et 68 % respectivement) (tableau 24.6). Ce phénomène s'observe tant chez les mères que chez les pères (tableau 24.7). Par ailleurs, une plus grande proportion de mères que de pères présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (24 % c. 17 %), conformément à l'ensemble des hommes et des femmes (tableau 24.7) (voir chapitre 16 - Santé mentale). Toutefois, la différence n'est significative qu'entre les pères et les mères de famille biparentale.

La grande majorité des parents, soit environ 94 %, qualifient leur état de santé d'excellent, de très bon ou de bon (tableau 24.6). La perception de l'état de santé ne varie pas selon le sexe, mais elle distingue les femmes selon le type de famille. En effet, 95 % des mères de famille biparentale se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, comparativement à 90 % de celles en famille monoparentale (tableau 24.7).

Il en va de même pour les problèmes de santé : les parents de famille biparentale déclarent avoir plus d'un problème de santé dans une moindre proportion que leurs homologues de famille monoparentale (34 % c. 51 %) (tableau 24.6). Cette situation est vraie chez les mères (41 % c. 55 %), alors qu'on ne détecte pas de différence chez les pères (tableau 24.7). Dans l'ensemble, les mères d'enfants mineurs sont proportionnellement plus nombreuses que les pères à déclarer plus d'un problème de santé (44 % c. 27 %). Des écarts s'observent à cet effet entre les mères et les pères, tant au sein des familles biparentales (41 % c. 27 %) que recomposées (47 % et 29 % respectivement). De même, on trouve une plus grande proportion d'hommes que de femmes sans aucun problème de santé, et ce, pour tous les types de famille, bien que les seules différences se constatent au sein des familles biparentales (44 % c. 33 %).

Enfin, environ 15 % des parents de famille monoparentale déclarent avoir consommé trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours, comparativement à 9 % des parents de famille biparentale (tableau 24.6). Le comportement des parents au sein des familles recomposées, pour ce qui est de la consommation de médicaments, ressemble à celui des familles biparentales sans toutefois se différencier de celui des parents des familles monoparentales. Comme il a été mentionné au chapitre 22 - Consommation de médicaments, les hommes consomment proportionnellement moins de médicaments que les femmes et cela demeure vrai lorsqu'ils sont parents dans une famille avec au moins un enfant mineur (tableau 24.7). Globalement, les pères sont plus de 63 % à n'avoir consommé aucun médicament comparativement à 42 % des mères durant la période de référence. Le constat entre les pères et les mères est le même peu importe le type de famille.

24.2.4 Certaines caractéristiques des parents séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s)

Les ruptures d'union conditionnent le milieu de vie de milliers de parents et d'enfants. Dans l'ensemble, l'enquête révèle une proportion d'environ 24 % de parents ayant au moins un enfant mineur et qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de cet enfant (données non présentées). Il y a légèrement plus de parents féminins que de parents masculins qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) (26 % c. 22 %) (données non présentées). Toutefois, cette différence s'avère non significative.

Type de ménage chez les parents séparés

Le tableau 24.8 montre que les parents d'enfants mineurs qui ne vivent pas avec l'autre parent de leur(s) enfant(s) n'appartiennent pas au même type de ménage selon qu'ils sont père ou mère, à l'exception des parents séparés en famille recomposée, dont la proportion de pères et de mères ne se distingue pas (27 % et 31 %). On constate, par exemple, que les pères sont proportionnellement plus nombreux à vivre seuls (23 % c. 7 %) ou dans un couple sans enfants (16 % c. 5 %) que les mères séparées. Ils sont également plus nombreux à vivre en famille biparentale intacte (11 % c. 3,2 %), ce qui méritera une discussion sur les modalités de garde (voir plus loin). À l'inverse, les mères séparées sont plus nombreuses à diriger une famille monoparentale que les pères (52 % c. 18 %).

Tableau 24.8
Type de ménage des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Ménages sans enfants mineurs			
Personne seule	6,7*	22,6	13,6
Couple sans enfants	5,3*	16,1	9,9
Total	**12,0**	**38,7**	**23,5**
Ménages avec enfants mineurs			
Famille biparentale intacte	3,2*	10,6	6,4
Famille recomposée	31,4	26,5	29,3
Famille monoparentale	52,0	17,5	37,1
Autres ménages et familles	1,4**	6,6*	3,7*
Total	**88,0**	**61,2**	**76,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

D'ailleurs, de tous les types de ménage, les mères séparées sont plus nombreuses, en proportion, à vivre dans une situation de monoparentalité. Les pères séparés, quant à eux, affichent une situation diversifiée selon le type de ménage, ce qui rend difficile la comparaison.

Modalités de garde chez les parents séparés

Le tableau 24.9 présente les modalités de garde de tous les enfants mineurs des parents séparés. On observe que ce sont principalement les mères qui ont la garde exclusive des enfants mineurs. En effet, environ les deux tiers (67 %) des mères séparées déclarent ce mode de garde alors que cette proportion n'est que de 13 % chez les pères. Soulignons toutefois qu'environ 41 % des pères séparés déclarent un droit de visite ou de sortie prolongée de leurs enfants mineurs (c. 4,4 % des mères). La proportion de pères séparés vivant une garde partagée (16 %) ne se distingue pas de celle des mères (13 %), comme on pouvait s'y attendre.

Le tableau 24.9 révèle par ailleurs que 2,8 % des parents séparés déclarent ne jamais voir leurs enfants; cette proportion est cependant plus élevée chez les pères que chez les mères séparés (5,5 % c. 0,7 %). De la même façon, on distingue les pères séparés des mères par leur proportion plus élevée à déclarer un mode de garde « autre » (25 % c. 15 %). Rappelons que la question sur la garde concerne tous les enfants mineurs du parent séparé, ceux de l'union en cours comme ceux des unions antérieures. Par conséquent, il pourrait s'agir ici des parents ayant fondé une autre famille : ils auraient, par exemple, un enfant de l'union en cours et un droit de visite pour l'enfant de l'union antérieure. De même, pourraient apparaître dans cette catégorie les pères qui n'ont que des contacts moins encadrés avec leurs enfants mineurs issus d'une union rompue.

Tableau 24.9

Modalités de garde de tous les enfants mineurs des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Ne voit jamais ses enfants	0,7**	5,5*	2,8*
Droit de visite et/ou de sortie prolongée	4,4*	41,2	20,4
Garde partagée	12,8	15,9	14,1
Garde exclusive	66,8	12,8	43,5
Autre mode de garde	15,4	24,6	19,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Type de ménage selon les modalités de garde chez les parents séparés

Lorsqu'on examine le type de ménage selon la modalité de garde, on constate que chez les quelque 44 % de pères séparés vivant en famille recomposée ou monoparentale, on en trouve près de 27 % qui déclarent une garde exclusive et 27 % qui ont un droit de visite de leurs enfants mineurs (données non présentées). Les autres pères se répartissent aussi à part égale entre la garde partagée (21 %) et d'autres modes de garde non précisés (20 %) (données non présentées). Le type de ménage est plus homogène chez les mères séparées : plus de la moitié se retrouvent en famille monoparentale et environ le tiers en famille recomposée. Contrairement aux pères vivant dans les mêmes types de ménages, près des trois quarts des mères ont la garde exclusive de leurs enfants. À peine 13 % d'entre elles déclarent une garde partagée et une proportion de 11 % auraient un autre mode de garde (données non présentées).

Par ailleurs, si on cumule la proportion de parents séparés vivant dans un ménage sans enfants mineurs, on rassemble près de 39 % des pères séparés, mais seulement environ 12 % des mères séparées (tableau 24.8). Cette situation concorde avec le type de garde des pères, plus souvent de nature occasionnelle et celui des mères, presque toujours exclusif. On illustre autrement ce qu'on avait déjà observé : les mères ont la charge de jeunes enfants plus souvent que les pères. En effet, elles vivent nettement plus souvent dans des ménages familiaux qu'ils ne le font, si l'on excepte ceux qui se retrouvent en famille biparentale intacte. Puisque environ 3,2 % des mères séparées et 11 % des pères séparés appartiennent à une famille biparentale intacte, il faut en déduire que l'enfant ou les enfants mineurs issus de l'union déjà rompue n'étaient pas présents dans le ménage au moment de l'enquête (tableau 24.8). Cette situation pourrait aussi indiquer une remise en union plus fréquente chez les pères séparés, tout comme elle est corollaire du mode de garde de ces derniers.

Durée écoulée depuis la séparation

À l'égard de la durée écoulée depuis la séparation, on ne détecte pas de différence selon le sexe du parent. Près de 50 % des parents d'enfants mineurs séparés de l'autre parent déclarent que la rupture de leur couple remonte à plus de cinq ans; environ 42 % d'entre eux l'ont vécu depuis un an, deux ans, trois ans ou quatre ans et, enfin, quelque 10 % sont séparés depuis moins d'un an (données non présentées). Par ailleurs, la modalité de garde varie peu en fonction de la durée écoulée depuis la rupture (tableau 24.10). Soulignons cependant qu'environ 22 % des parents séparés depuis moins d'un an adoptent une garde partagée contre 10 % des parents séparés depuis plus de cinq ans.

Tableau 24.10
Durée écoulée depuis la séparation selon les modalités de garde, parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s), Québec, 1998

	Durée écoulée depuis la rupture		
	Moins d'un an	Un à cinq ans	Plus de cinq ans
	%		
Ne voit jamais ses enfants	–	3,4**	2,8**
Droit de visite et/ou de sortie prolongée	17,7*	19,5	23,1
Garde partagée	22,0	18,4	9,9*
Garde exclusive	40,8	44,4	44,0
Autre mode de garde	19,4*	14,4	20,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Qualité des relations entre les ex-conjoints

Les pères et les mères séparés ne se distinguent pas par leur évaluation du climat ayant entouré la séparation. Pour une majorité d'entre eux (61 %), ce climat était bon ou assez bon (tableau 24.11). Par contre, les pères séparés ayant au moins un enfant mineur déclarent garder le contact avec l'autre parent dans une proportion de 83 % alors que ce n'est le cas que de 74 % des mères séparées. Néanmoins, les parents séparés, mères ou pères, qui ont gardé contact disent avoir un bon ou assez bon climat d'entente dans une proportion de 84 %. Par ailleurs, plus d'une mère séparée sur deux (52 %) se déclare insatisfaite à l'égard de l'implication financière de l'autre parent alors que cette proportion approche les 30 % chez les pères.

Tableau 24.11
Qualité des relations avec leur ex-conjoint chez les parents séparés selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Climat entourant la séparation			
Bon ou assez bon	58,4	64,9	61,2
Mauvais ou très mauvais	41,7	35,1	38,8
Contacts avec l'autre parent			
Oui	74,2	82,9	78,0
Non	25,8	17,1	22,0
Climat actuel avec l'autre parent			
Bon ou assez bon	83,5	83,5	83,5
Mauvais ou très mauvais	16,5	16,5	16,5
Satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'autre parent			
Satisfait	48,4	70,7	58,1
Insatisfait	51,6	29,3	41,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

D'entrée de jeu, le présent chapitre souligne la situation paradoxale à laquelle est confronté quiconque s'intéresse aux liens existant entre, d'une part, la famille et, d'autre part, la santé et le bien-être. Cette situation découle principalement du fait que l'on connaît très bien les transformations qui touchent l'univers des familles québécoises alors que leurs effets sur la santé et le bien-être demeurent, même s'ils sont souvent évoqués, pratiquement ignorés. À ce stade-ci, il est pertinent de se questionner à savoir si on est parvenu à illustrer certaines facettes de ces liens.

Sous l'effet combiné des ruptures d'union et probablement aussi du vieillissement de la population, le portrait des ménages québécois s'est considérablement transformé alors que les ménages familiaux voient la place qu'ils occupent diminuer constamment. Cette tendance se caractérise principalement par une diminution du nombre de familles biparentales au profit des personnes seules et des couples sans enfants. Par ailleurs, les résultats montrent comment l'univers des familles québécoises continue de se transformer principalement à la suite des nombreuses ruptures d'union. À preuve, le nombre de familles biparentales avec au moins un enfant mineur diminue constamment au profit des familles monoparentales et des familles recomposées, qui occupent une place de plus en plus importante dans le panorama des familles québécoises. À cet égard, les données de la présente enquête confirment celles de l'*Enquête sociale générale de 1995* (Conseil de la famille et de l'enfance, 1999), dans laquelle les familles biparentales, monoparentales et recomposées représentent respectivement 73,6 %, 17,8 % et 8,6 % de l'ensemble des familles.

De même, on a exploré les conditions de vie des parents séparés ayant au moins un enfant mineur. Il peut être facile d'analyser les différentes réalités familiales de ces parents et de conclure au désengagement progressif des pères, tant les responsabilités familiales incombent le plus souvent aux mères. Cependant, pour dresser un portrait plus juste de cette réalité, il faudrait évaluer dans quelle mesure les pères sont en mesure de se voir accorder une garde équitable lorsqu'ils en manifestent la volonté.

Au chapitre des caractéristiques des parents, on a observé une augmentation de la participation au marché du travail des parents des familles monoparentales. Les récentes réformes des politiques liées au travail contribuent probablement, en partie du moins, à cette augmentation. Pour conclure en ce sens de façon définitive, il faudra cependant disposer des données des futures enquêtes afin de constater s'il s'agit là d'une tendance de fond ou non.

Les caractéristiques des parents montrent aussi que la monoparentalité semble se vivre de façon bien différente selon que le parent est masculin ou féminin. Les mères monoparentales sont un peu plus jeunes que les pères qui vivent la même situation. Les enfants des pères de famille monoparentale sont aussi plus âgés. Il en découle fort probablement que la charge que l'on associe souvent à la monoparentalité n'est pas la même pour les pères que pour les mères, ce que confirment par ailleurs les caractéristiques des parents séparés.

Par ailleurs, puisque plus des trois quarts des familles recomposées se forment autour d'une mère d'enfants mineurs, la remise en union survient sans doute assez rapidement après la séparation. De surcroît, ce laps de temps serait généralisé au point de provoquer la différence d'âge que l'on constate exclusivement entre les mères des familles monoparentales et celles des familles recomposées. La recomposition familiale autour d'un père pourrait également intégrer de jeunes femmes dans ces familles. Enfin, la nouveauté des recompositions familiales au Québec participe aussi à l'explication. Aussi, les mères de famille monoparentale présentent la plus forte concentration dans le groupe des moins de 25 ans. Célibataires dans près d'un cas sur deux (49 %), leur situation provient souvent d'une naissance hors d'union ou d'une rupture d'union de fait. Ces jeunes mères constituent l'un des groupes vulnérables de notre société. Leur

ressemblance avec les mères des familles biparentales, pour ce qui est de l'âge, et le fait qu'une mère monoparentale sur deux se déclare veuve, séparée ou divorcée, pourraient suggérer l'épisode sans doute récent en famille biparentale pour au moins la moitié d'entre elles.

D'autre part, l'exploration des liens entre la famille et la santé ainsi que le bien-être permet de constater, sous l'angle des relations au sein de la famille, que le climat d'entente entre les parents et les enfants est à peu près le même pour tous les types de familles à l'exception de la relation entre les mères et les beaux-enfants au sein des familles recomposées, qui semblent plus souvent poser un problème. En ce sens, les données de la présente enquête confirment les résultats de plusieurs autres études (Bernier et autres, 1994).

On a vu que la structure familiale est liée aux habitudes de vie et aux principaux indicateurs de la santé et du bien-être. Il ressort de l'analyse de cette série d'indicateurs que, de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et sont favorisés sur le plan de la santé et du bien-être. Cela est vrai par rapport aux parents des autres types de famille et en particulier face à ceux qui vivent la monoparentalité. Quant aux parents et aux beaux-parents au sein des familles recomposées, leur situation se rapproche tantôt de celle des parents monoparentaux, tantôt de celle des pères et mères de famille biparentale. Il faut bien rappeler qu'à l'issue d'une rupture d'union, les parents séparés peuvent vivre des épisodes d'aller-retour entre la monoparentalité et la recomposition familiale (Le Bourdais et Desrosiers, 1997). Peut-on penser alors, si la remise en union perdure, que les parents retrouvent le niveau d'état de santé et de bien-être associés aux familles biparentales intactes? Ou, inversement, doit-on supposer que certaines de ces caractéristiques favorisent la remise en union et que d'autres favorisent le maintien en famille monoparentale?

Afin de démontrer que le lien entre la structure familiale et les principaux indicateurs de la santé et du bien-être n'est pas le fait de relations avec d'autres variables ou d'autres caractéristiques des parents et des familles, il faudrait pousser l'analyse plus loin pour peu que les échantillons en présence le permettent. Puisque les résultats présentés portent essentiellement sur les parents, il y aurait également lieu de poursuivre l'étude sur la santé et le bien-être des enfants selon le milieu familial. Certains auteurs ont déjà mis à jour les nouvelles réalités qu'introduisent les changements familiaux dans la vie des enfants (Le Bourdais et autres, 1998; Marcil-Gratton, 1998; Marcil-Gratton et Le Bourdais, 1999; Statistique Canada, 1998). Avec ce qu'elle permet comme description des statuts dans la famille et des indicateurs de santé, l'enquête représente donc une source de choix pour l'étude de cette population.

Certaines conditions de vie des parents séparés ayant au moins un enfant mineur ont été explorées. Il peut être facile d'interpréter les différentes réalités familiales de ces parents et de conclure au désengagement progressif des pères, tant les responsabilités familiales incombent le plus souvent aux mères. Il est éloquent à cet égard que les mères séparées ayant au moins un enfant mineur gardent moins souvent le contact avec leur ex-conjoint que ne le font les pères séparés avec leur ex-conjointe. On est en droit de se demander dans quelle mesure les hommes doivent, pour conserver des liens avec leurs enfants, maintenir les contacts avec leur ex-conjointe. Faut-il en déduire que les mères qui demeurent plus souvent avec leurs enfants ne persistent pas dans les relations avec le père de leurs enfants? Pour obtenir un portrait plus juste de ces réalités, il faudrait évaluer jusqu'à quel point les pères sont en mesure de se voir accorder une garde équitable lorsqu'ils en manifestent la volonté. Par ailleurs, sachant qu'on a observé une fréquence plus élevée de garde partagée chez les parents nouvellement séparés que chez ceux dont la rupture était déjà lointaine au moment de l'enquête, doit-on y voir le signe de l'abandon progressif de ce type de garde ou, au contraire, un phénomène nouveau qui s'exprime chez les jeunes générations?

Éléments de réflexion pour la planification

En matière de planification, il semble, à la lumière des résultats de la présente enquête, que la famille constitue effectivement un milieu de vie important pour la santé et le bien-être des parents et probablement aussi des enfants. La famille est liée aux habitudes de vie et à certains problèmes de santé et de bien-être comme elle peut être tout aussi bien considérée comme un facteur de protection face à ces derniers.

S'il existe une relation entre l'« agir » et le « comprendre » tel que le posent les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997), alors il faut approfondir la compréhension des transformations de l'univers familial québécois, élargir celle de leurs implications sur la santé et le bien-être et accentuer notre connaissance du rôle déterminant qu'occupent les ruptures d'union. Car si l'on connaît bien les impacts de celles-ci sur les structures familiales québécoises, il reste à comprendre l'association entre les ruptures et les indicateurs de l'état de santé et de bien-être des parents et des enfants qui en font l'expérience.

Par ailleurs, l'État a adopté, dans le cadre de nouvelles dispositions de la politique familiale (Ministère du Conseil exécutif, 1997; Ministère de la Famille et de l'Enfance, 1999), des orientations et des mesures dans le but d'améliorer la situation économique des familles, de réduire la pauvreté chez les plus démunis, nommément les familles monoparentales, et de favoriser l'accès à des services éducatifs de qualité pour les jeunes enfants. Ces efforts méritent d'être soulignés. De surcroît, ils devront être maintenus et s'adapter aux nouvelles réalités de la vie familiale.

Par exemple, les places à contribution réduite (PCR) qui fixent à 5 $ les frais de garde journaliers dans des milieux de garde reconnus pourraient être adaptées aux horaires de travail atypiques. De plus, il serait fondamental que le nombre de places soit suffisant pour la demande en milieu défavorisé. En effet, les PCR dans les garderies favorisent l'insertion sur le marché du travail des mères, particulièrement de celles vivant en famille monoparentale. Ces mères sont donc susceptibles d'améliorer leur situation financière et de réduire l'isolement que connaissent bon nombre d'entre elles. Il est heureux que l'*Enquête sociale et de santé 1998* montre un taux d'activité des parents en famille monoparentale plus élevé qu'il ne l'était lors de l'enquête précédente même si le programme n'est implanté que depuis septembre 1997. En dernier lieu, il faudrait que les modes de paiement pour les PCR puissent être souples, voire intégrés aux mesures fiscales, afin de contourner d'éventuels problèmes de liquidité chez les plus démunis des parents.

On pourrait aussi débattre des améliorations d'autres mesures existantes : la perception automatique des pensions alimentaires, les allocations versées aux familles, l'aide fiscale, le supplément au revenu de travail (programme APPORT) et le régime d'assurance parentale. Mais au-delà des interventions destinées à améliorer la situation économique, il devrait aussi y avoir des interventions visant directement les ruptures d'union.

Les indicateurs relevés dans la présente enquête montrent essentiellement que l'état de santé et de bien-être des parents d'enfants mineurs confrontés à la rupture de leur famille comporte un lot de difficultés supérieur à celui que l'on retrouve chez les parents des familles biparentales intactes. D'importantes questions se posent : comment réduire l'éloignement qui s'établit entre plusieurs pères séparés et leur(s) enfant(s) mineur(s)? Comment alléger la charge qui repose actuellement sur les mères séparées, particulièrement celles qui ont de jeunes enfants? Il faudrait développer, notamment au sein du système judiciaire, des moyens qui permettraient de contrecarrer la désignation systématique des jugements de garde en faveur des mères. Comme nous l'avons constaté, il existe bien une volonté des parents d'adopter une garde partagée dans la première année qui suit la séparation, laquelle représente sans doute une voie d'évitement de ces problèmes.

Par ailleurs, il existe depuis 1997 des services gratuits de médiation offerts aux parents qui ont pris la décision de se séparer ou de divorcer et qui n'arrivent pas à s'entendre sur des questions touchant, par exemple, la garde des enfants ou la pension alimentaire. Il s'agit là d'un moyen pour réduire les conflits dommageables qui accompagnent souvent la rupture. Aussi, pourquoi l'État n'interviendrait-il pas en aval de ces problèmes? Une politique familiale ne devrait-elle pas également comporter des mesures directement destinées à la prévention des ruptures d'union? Pourquoi ne pas chercher à les prévenir en offrant, par exemple, des services d'aide relationnelle (ou autre) pour les parents avant que ne survienne la séparation définitive? En aval des tensions qui semblent souvent occasionner une rupture du couple, se trouvent les pressions associées à l'organisation sociale qui touchent les familles et, de façon toute particulière, les plus démunies d'entre elles. Ces pressions peuvent entraîner chez les parents un manque de temps, une fatigue accrue et un sentiment de ne pas en faire assez. Paradoxalement, chez les parents qui n'ont pas accès au marché du travail, c'est le manque de ressources qui constitue le principal handicap. Dans une optique de prévention des ruptures, une politique familiale devrait aussi intégrer ces deux axes. D'une part, elle devrait viser à améliorer la santé et le bien-être des familles en favorisant une organisation du travail appropriée; bref, une meilleure conciliation entre le travail et la famille. Les parents d'enfants mineurs devraient profiter de disponibilités et de facilités réelles leur permettant de passer du temps en famille lorsqu'ils le souhaitent. Et, d'autre part, rappelons-le, une telle politique doit aussi faire en sorte que toutes les familles avec enfants mineurs disposent de ressources suffisantes pour remplir leurs obligations auprès de ces derniers.

Bibliographie

BERNIER, M., et autres (1994). *Un profil des familles québécoises*, Montréal, Santé Québec, 82 p.

BERNIER, M., et autres (1995). « Santé et famille » dans SANTÉ QUÉBEC, C. LAVALLÉE, C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 13-43.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Ministère de la Famille et de l'Enfance et Institut de la statistique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 206 p.

DANDURAND, R. B. (1994). « Divorce et nouvelle monoparentalité » dans DUMONT, F., et autres, *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 519-544.

GERMAIN, D. (1986). « La famille reconstituée : le deuil de l'idéal » dans GAUTHIER, P. (éd.), *Les nouvelles familles*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 84-112.

LE BOURDAIS, C., et H. DESROSIERS (1997). « Pères seuls et beaux-pères : l'importance de la monoparentalité et des recompositions familiales dans la vie des hommes » dans BROUÉ, J., et G. RONDEAU, *Père à part entière*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 113-136.

LE BOURDAIS, C., et N. MARCIL-GRATTON (1998). « Incidence de la rupture d'union des parents durant l'enfance sur le comportement démographique des jeunes adultes » dans CORAD, M. (éd.), *Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, p. 99-114.

LE BOURDAIS, C., G. NEILL et N. MARCIL-GRATTON (1998). « L'effet du type d'union sur la stabilité des familles dites intactes », communication au Comité de priorité du Partenariat de recherche *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles*, Montréal, INRS-Culture et société, 28 p.

MARCIL-GRATTON, N. (1998). *Grandir avec maman et papa? Les trajectoires familiales complexes des enfants canadiens*, Ottawa, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie, n° 89-566-XIF au catalogue, 25 p.

MARCIL-GRATTON, N., et C. LE BOURDAIS (1999). *Garde des enfants, droits de visite et pension alimentaire, Résultats tirés de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Ministère de la Justice Canada, 37 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1999). *La politique familiale, Un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants*, Gouvernement du Québec, Québec, 38 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (1997). *Nouvelles dispositions de la politique familiale, Les enfants au cœur de nos choix*, Gouvernement du Québec, Québec, 40 p.

QUÉBEC (PROVINCE) (1997). *Gazette officielle du Québec*, 16 avril, Partie 2, Lois et règlements, n° 15, p. 2117-2129.

RENAUD, M., S. JUTRAS et P. BOUCHARD (avec la collaboration de L. GUYON et R. B. DANDURAND) (1987). « Être chef de famille monoparentale » dans *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, rapport présenté à la Commission Rochon, Montréal, Université de Montréal, GRASP, p. 195-249.

SAINT-JACQUES, M.-C. (1990). « Familles recomposées : qu'avons-nous appris au fil des ans? », *Service social*, vol. 39, p. 7-37.

STATISTIQUE CANADA (1998). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – les changements dans l'environnement familial », *Le Quotidien*, 2 juin, Ottawa, Statistique Canada, 4 p.

VISHER, E. B., et J. S. VISHER (1979). *Stepfamilies: A Guide to Working with Stepparents and Stepchildren*, Secaurus, The Citated Press.

Tableau complémentaire

Tableau C.24.1
Familles recomposées avec au moins un enfant mineur, Québec, 1998

	%
Familles recomposées	
Sans enfants communs	
Avec belle-mère	9,7
Avec beau-père	58,3
Avec belle-mère et avec beau-père	7,4
Total	**75,4**
Avec enfant(s) commun(s)	
Avec belle-mère	3,6
Avec beau-père	20,0
Avec belle-mère et avec beau-père	0,9
Total	**24,5**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu social

Environnement de soutien

Chapitre 25
Environnement de soutien

Marie Julien
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Danielle Julien
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Pierre Lafontaine
Service des études et analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

L'un des acquis majeurs de notre siècle en sciences de la santé est d'avoir montré un lien entre l'entourage social d'un individu et sa santé. Les mécanismes d'influence entre les relations humaines et la santé sont encore mal connus. Cette influence s'exercerait selon des voies diversifiées, bidirectionnelles et contradictoires (Barrera, 1986). En effet, les relations humaines peuvent être, à certains moments, une source de stress (ex. : abus sexuel, conflit au travail, conflit conjugal, violence familiale) et, à d'autres moments, une source de protection contre les effets négatifs du stress sur la santé. À certaines périodes critiques du cycle de la vie, la perte d'un être cher (mort d'un parent, d'un enfant, du conjoint ou séparation d'avec celui-ci) prive un individu de sa source majeure de résistance à la maladie. À d'autres périodes, la maladie physique et mentale peut contribuer à détériorer ses relations intimes, diminuer ses capacités mêmes d'intégration sociale ou altérer ses capacités de mobilisation d'aide en cas de besoin (Burman et Margolin, 1992; Gottman, 1994). Mais, devant ces mêmes événements, la présence de soutien social permet de déployer des mécanismes d'adaptation appropriés.

Les recherches les plus récentes sur la question suggèrent que des difficultés associées aux conflits interpersonnels chroniques ont une influence sur le système immunitaire d'un individu en altérant les mécanismes de régulation du système endocrinien (voir en particulier les travaux de l'équipe de Janice Kiecolt-Glaser, 1999). On sait aussi que dans les situations difficiles, les individus socialement intégrés et ayant un confident ou des relations intimes satisfaisantes opposent une meilleure résistance à la maladie.

Comme en 1992-1993, l'*Enquête sociale et de santé 1998* accorde une place stratégique à l'analyse de l'environnement de soutien des individus. De l'enquête précédente, elle retient l'analyse de l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. Toutefois, la présente enquête tient compte des recommandations formulées à la suite de l'enquête de 1992-1993 et des résultats des recherches récentes, en plus d'introduire de nouvelles dimensions à l'étude. Ainsi, on examinera la présence de relations intimes dans la vie des individus, une dimension du soutien social qui n'avait pas été mesurée jusqu'à maintenant, et les difficultés dans les relations conjugales. L'intimité est la seule des cinq dimensions du réseau de soutien social étudiées dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (Statistique Canada, 1995) à avoir été retenue dans le modèle de la dépression (Beaudet, 1996). Ces résultats sont tout à fait convergents avec les conclusions des recherches qui ont montré une importante association entre cette dimension du soutien et la santé (Tholts, 1995).

Par ailleurs, des événements traumatisants vécus à des étapes critiques du développement, dès le plus jeune âge, durant l'enfance ou durant l'adolescence,

sont également susceptibles d'accroître la vulnérabilité des individus lorsque le soutien social est faible. Les recherches récentes ont montré que ce n'est pas tant les événements comme tels qui sont en cause, comme la séparation ou le divorce des parents, mais surtout certaines difficultés qui peuvent en découler, comme les difficultés financières, le relogement, la recomposition familiale, les mauvais traitements, etc. Ces difficultés ont été associées à des conséquences néfastes pour l'individu à l'âge adulte (Reiss et Roth, 1993; Tousignant, 1992; Wheaton, 1994).

La politique de la santé et du bien-être du Québec reconnaît l'environnement social comme l'un des déterminants de la santé et fait du renforcement du réseau familial et social l'une de ses priorités d'action (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). L'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte une contribution inédite à l'analyse de ce déterminant.

Le présent chapitre examine d'abord l'indice de soutien social, ses composantes ainsi que l'évolution de cet indice entre 1992-1993 et 1998. Par la suite, il décrit la situation de vie (le fait de vivre seul ou non, la satisfaction quant au fait de vivre seul) et en compare les données à celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La présence de liens avec un conjoint, un « chum » ou une « blonde », les difficultés dans les relations avec ce dernier ou cette dernière, l'intimité et, enfin, les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence font ensuite l'objet de l'analyse. Les résultats sont présentés selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (état matrimonial de fait, niveau de revenu, statut d'activité habituelle et scolarité relative). Enfin, les analyses portent également sur les liens entre les différentes mesures du milieu social et certains indicateurs sociaux et de santé (indice de détresse psychologique, idées suicidaires, consommation d'alcool et de drogues, ainsi que problèmes de santé de longue durée).

25.1 Aspects méthodologiques

Les questions sur le soutien social, la satisfaction quant à la situation de vie, l'intimité et les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence sont tirées de la section XI - Votre vie en général du questionnaire autoadministré (QAA). La situation de vie est établie à l'aide de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). À l'exception des questions sur les événements traumatisants qui s'adressent aux personnes de 18 ans et plus, les questions traitées dans le présent chapitre visent la population de 15 ans et plus.

25.1.1 Indicateurs

L'indice de soutien social retenu est celui qui a été élaboré par Santé Québec pour l'enquête de 1992-1993 (Camirand et autres, 1993). L'indice est composé d'éléments qui se rapportent à trois dimensions conceptuelles distinctes. Les deux premières questions de l'indice (QAA146 et QAA147) portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale. Les trois suivantes traitent de la satisfaction quant aux rapports sociaux (QAA148 à QAA150), tandis que les six dernières concernent la taille du réseau de soutien (QAA151 à QAA156). Les valeurs attribuées à l'indice peuvent varier de 0 à 100. Les réponses sont distribuées en quintiles. Le premier quintile correspond au niveau faible de l'indice de soutien social, alors que le dernier quintile correspond au niveau élevé. Les résultats sont présentés de façon dichotomique : le premier quintile (niveau faible) est opposé aux quatre autres (niveaux plus élevés).

La situation de vie des Québécois est mesurée à l'aide d'un indice et de deux questions. Le fait de vivre seul ou non est établi à partir d'un indice qui tient compte de la taille du ménage et du fait de vivre en couple ou non dans le ménage (section d'identification du QRI), comme ce fut le cas pour l'enquête de 1992-1993. Pour les fins de l'analyse, les résultats de la question « Vivez-vous seul(e)? » (QAA159) n'ont pas été utilisés, puisqu'on y retrouve des gens qui ne vivent pas seuls et qui répondent « oui » à cette question. Le fait de se trouver heureux ou non de vivre seul est

mesuré à l'aide de la QAA160; cette question était aussi inscrite dans l'enquête de 1992-1993. Une nouvelle question se rapporte au fait d'avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (QAA161), que l'on vive ou non avec cette personne.

L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* avait soulevé des interrogations quant à la validité de l'indicateur de satisfaction conjugale utilisé, en raison de proportions particulièrement élevées d'individus satisfaits. Ces interrogations ont conduit à l'adoption d'une nouvelle mesure qui rend compte d'une dimension conceptuelle différente, les difficultés dans les relations avec le conjoint. Des études récentes ont montré de fortes associations entre cette dimension et diverses mesures de l'état de santé physique et mentale. L'indice retenu a été développé par Statistique Canada à partir des travaux de Wheaton (Wheaton, 1991, 1994; Turner, Wheaton et Lloyd, 1995). Il a été utilisé dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (1995). L'indice des difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » est formé à partir des questions QAA163a, QAA163b et QAA163c. Ces questions s'adressent aux personnes qui ont répondu « oui » à la QAA161, c'est-à-dire celles qui disent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Le score total est établi à partir du nombre de difficultés vécues par le répondant. Il varie entre 0 et 3. Le niveau 0 équivaut à aucune difficulté, 1 à des difficultés légères, 2 à des difficultés moyennes et 3 à des difficultés sévères.

L'intimité est également une nouvelle dimension mesurée par l'enquête de 1998. Différentes définitions de l'intimité proviennent des diverses théories de la personnalité et des relations interpersonnelles. Plusieurs chercheurs s'accordent pour dire que l'intimité est un concept multidimensionnel concernant tour à tour la distance interpersonnelle, la sexualité, la vie privée, l'interdépendance, la révélation de soi dans un contexte de confiance, le sentiment de proximité, etc. (Prager, 1995). La dimension retenue dans la présente enquête est le sentiment de proximité, dans le contexte des relations conjugales. La mesure a été élaborée par Statistique Canada, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. Elle est construite à partir de deux questions différentes qui s'adressent à des populations différentes. L'une, « Votre conjoint(e), « chum » ou « blonde » ne vous comprend pas » (QAA163a), s'adresse aux personnes qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (« oui » à la QAA161). L'autre, « Diriez-vous qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible ou avec qui vous vous entendez très bien? » (QAA162), s'adresse aux personnes qui répondent négativement à la QAA161. La mesure ne s'applique pas aux personnes qui répondent ne pas chercher de « chum » ou de « blonde » à la QAA162.

Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, sont évalués au moyen de nouvelles questions (QAA164 à QAA170) dans l'enquête de 1998. La section comporte sept éléments regroupés en un indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence. Ces événements comprennent, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogue par un parent. Le score total de l'indice est établi à partir du nombre d'événements rapportés par les répondants qui ont fourni au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions QAA164 à QAA170. Un score plus élevé indique plus de facteurs de stress. Cet indice a aussi été élaboré par Statistique Canada, à partir des travaux de Wheaton. Malgré sa dénomination, l'indice fait davantage référence à l'univers théorique des événements qualifiés de critiques qu'à celui des événements traumatisants. L'appellation de Statistique Canada a toutefois été conservée.

25.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La seule comparaison établie entre les trois enquêtes, 1987, 1992-1993 et 1998, porte sur la satisfaction face à la vie sociale, composante présente dès 1987 dans l'enquête générale de Santé Québec.

Les questions qui servent à la construction de l'indice de soutien social utilisé en 1992-1993 ayant toutes été reprises dans la présente enquête, des comparaisons sont effectuées à partir des résultats obtenus à cet indice en 1998 et en 1992-1993. Le même point de césure a été utilisé de façon à rendre les données comparables. Les données sur la situation de vie et sur la satisfaction quant à cette situation, également disponibles en 1992-1993, sont aussi comparées aux résultats de la présente enquête.

Composé de nouvelles questions, l'indice sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence diffère de ceux utilisés dans les enquêtes précédentes et n'est donc pas comparable aux données de 1987 ou de 1992-1993.

25.1.3 Portée et limites des données

Une analyse de la fiabilité réalisée à la mi-enquête de 1998 montre que l'indice de soutien social présente un degré satisfaisant de consistance interne (α de 0,71). Les résultats de l'enquête précédente ont montré que la mesure comporte une bonne validité de convergence avec des mesures de santé. Les taux de non-réponse partielle aux diverses questions de l'indice sont inférieurs à 2 %.

Les taux de non-réponse partielle aux questions QAA 160 et QAA 161 sur la situation de vie ne dépassent pas 2 % de la population échantillonnée. Par rapport à l'enquête 1992-1993, le présent chapitre n'examine pas la satisfaction parentale, qui est traitée au chapitre 24.

Les taux de non-réponse partielle aux questions sur les difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » se situent autour de 8 %. Les non-répondants sont plus âgés que les répondants, ce qui peut entraîner une légère surestimation de la proportion des personnes qui présentent des difficultés conjugales. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* n'apporte pas d'information quant aux qualités métriques de l'indice, utilisé à titre exploratoire dans le cadre de la présente enquête

Les résultats de l'enquête menée par Statistique Canada (Beaudet, 1996) ont révélé que l'indice d'intimité présente une bonne validité prédictive. Les taux de non-réponse partielle aux questions permettant de mesurer l'intimité avoisinent les 10 %. Les non-répondants sont plus âgés que les répondants, ce qui peut entraîner une légère surestimation de la proportion de personnes vivant un manque d'intimité. La mesure d'intimité est, elle aussi, utilisée à titre exploratoire dans le cadre de la présente enquête.

Les résultats de l'enquête menée par Statistique Canada (Beaudet, 1996) ont révélé que l'indice sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence présente une bonne validité prédictive. Le taux de non-réponse partielle est de 5 %. Les résultats obtenus peuvent comporter certains biais d'estimation en raison d'un taux de non-réponse plus élevé chez les personnes âgées et en raison également d'un biais de mémoire, de réinterprétation du passé ou de désirabilité sociale pouvant influencer ces réponses.

25.2 Résultats

25.2.1 Soutien social

Indice de soutien social

Une plus grande proportion d'hommes que de femmes se classent au niveau faible de l'indice de soutien social (23 % c. 17 %) (tableau 25.1). La différence est observée chez les personnes de 25 à 44 ans (25 % c. 19 %) et de 45 à 64 ans (27 % c. 19 %). Les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes de 65 ans et plus se distinguent des personnes des autres groupes d'âge

en ce qu'on y retrouve des proportions plus importantes de personnes qui ont un niveau élevé à l'indice de soutien social; seulement 15 % des jeunes et 16 % des 65 ans et plus se retrouvent dans cette catégorie. Les différences entre les groupes d'âge sont encore plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

L'analyse de l'indice de soutien social en fonction de caractéristiques telles que l'état matrimonial, le statut d'activité, la scolarité et le revenu révèle des résultats comparables à ceux obtenus lors de l'enquête précédente (données non présentées). Ainsi, les personnes veuves, séparées ou divorcées, celles qui ont un faible niveau de scolarité, celles qui ont été sans emploi au cours d'une période de 12 mois et celles qui ont un faible niveau de revenu ont, dans des proportions plus importantes que les autres, un niveau faible à l'indice de soutien social (données non présentées).

Tableau 25.1
Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Faible	Élevé
	%	
Hommes		
15-24 ans	15,8	84,3
25-44 ans	24,6	75,4
45-64 ans	26,5	73,5
65 ans et plus	15,4	84,6
Total	**22,5**	**77,5**
Femmes		
15-24 ans	13,6	86,4
25-44 ans	18,6	81,4
45-64 ans	18,5	81,5
65 ans et plus	15,9	84,1
Total	**17,4**	**82,6**
Sexes réunis		
15-24 ans	14,7	85,3
25-44 ans	21,6	78,4
45-64 ans	22,4	77,6
65 ans et plus	15,7	84,3
Total	**19,9**	**80,1**
Pe '000	**1 158**	**4 667**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Composantes de l'indice de soutien social

Certaines catégories de personnes paraissent particulièrement isolées. C'est le cas des individus qui déclarent avoir rarement ou n'avoir jamais participé à des rencontres avec la parenté, avec des amis ou avec des connaissances au cours d'une période de 12 mois (5 %). C'est aussi le cas de ceux qui déclarent passer seuls plus de la moitié de leurs temps libres (14 %), qui se disent insatisfaits de leur vie sociale (13 %), qui déclarent n'avoir aucun ami (6 %) ou qui se disent insatisfaits de leurs rapports avec leurs amis (3 %) (tableau 25.2). Enfin, les personnes qui déclarent n'avoir aucun confident dans leur entourage, amis ou famille, à qui elles peuvent se confier et parler librement de leurs problèmes (11 %), qui déclarent n'avoir personne pour les aider si elles sont mal prises (4 %) et qui n'ont personne de qui elles se sentent proches et qui leur démontre de l'affection (4,0 %) paraissent également particulièrement isolées.

Les hommes et les femmes diffèrent quant à certaines composantes de l'indice, surtout quant à celles qui se rapportent au soutien émotif, soit le nombre de confidents déclarés et le nombre de personnes qui leur témoignent de l'affection (tableau C.25.1). Ainsi, toutes proportions gardées, plus d'hommes que de femmes n'ont aucun confident et n'ont personne qui leur témoigne de l'affection (14 % c. 8 %, 6 % c. 2,7 %).

Toutes les composantes de l'indice varient selon l'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes de 65 ans et plus partagent une position plus favorable que les autres groupes d'âge à la plupart des composantes de l'indice (tableau 25.2). Ainsi, dans ces deux groupes comparés aux autres groupes d'âge, on retrouve de plus grandes proportions de personnes qui ont des rencontres sociales une fois par semaine ou plus, de personnes qui ont un nombre élevé de confidents et de personnes qui leur démontrent de l'affection et, enfin, de personnes qui sont satisfaites face à leur vie sociale. D'autre part, les personnes de 65 ans et plus sont celles chez qui on trouve de plus grandes proportions de personnes satisfaites de leurs rapports avec leurs amis et de personnes qui peuvent compter sur un large soutien affectif.

Tableau 25.2
Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Total
			%		
Fréquence des rencontres					
Une fois/an, jamais	5,9	5,0	5,8	4,3	5,3
Au moins une fois/mois	19,2	26,7	26,1	19,0	24,2
Une fois/semaine ou plus	74,9	68,4	68,1	76,7	70,5
Solitude durant les temps libres					
Seul plus de la moitié du temps	10,6	12,8	14,7	17,5	13,6
Avec d'autres	89,4	87,2	85,3	82,5	86,4
Satisfaction quant à la vie sociale					
Non satisfait	11,2	15,0	14,1	7,6	13,1
Plutôt satisfait	52,5	57,6	55,5	55,3	55,8
Très satisfait	36,3	27,3	30,5	37,1	31,1
Présence d'amis					
Non	2,5*	5,8	7,9	7,8	6,2
Oui	97,5	94,2	92,1	92,2	93,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis					
Non satisfait	4,9	3,6	2,3	1,5*	3,1
Plutôt satisfait	45,7	50,5	46,5	35,8	46,6
Très satisfait	49,4	45,9	51,2	62,7	50,3
Nombre de confidents					
Aucun	7,2	10,9	12,6	11,7	10,9
Un	14,9	21,0	20,1	17,6	19,3
Deux	30,7	31,4	30,6	26,8	30,4
Trois et plus	47,2	36,7	36,7	44,0	39,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin					
Aucune	2,1*	4,0	4,3	3,1*	3,6
Une	8,3	12,7	14,0	11,1	12,1
Deux	23,4	24,8	24,3	23,4	24,2
Trois et plus	66,3	58,5	57,4	62,5	60,0
Nombre de personnes démontrant de l'affection					
Aucune	4,3	5,5	3,9	2,6*	4,4
Une	13,9	15,6	13,1	9,8	13,8
Deux	17,8	19,7	18,6	16,4	18,6
Trois et plus	64,1	59,2	64,4	71,3	63,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

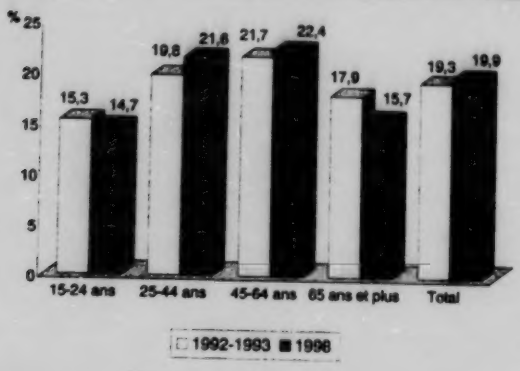
Enfin, les jeunes de 15 à 24 ans disent, en plus grande proportion que les autres groupes d'âge, avoir des amis et passer plus de la moitié de leurs temps libres avec d'autres.

Les composantes de l'indice de soutien social varient également en fonction de variables comme l'état matrimonial, le niveau de revenu et le fait d'être en emploi ou sans emploi (tableaux C.25.2, C.25.3 et C.25.4). Les analyses montrent la position défavorable des personnes veuves, séparées ou divorcées, de même que des personnes les plus pauvres et des personnes qui ont été sans emploi au cours d'une période de 12 mois. Ces résultats concordent avec ceux observés lors de la précédente enquête.

Évolution de l'indice de soutien social

Comme le montre la figure 25.1, aucune différence significative n'est décelée, de façon générale, entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 quant aux proportions de Québécois qui ont un score faible à l'indice de soutien social (19 % c. 20 %).

Figure 25.1
Niveau faible à l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*

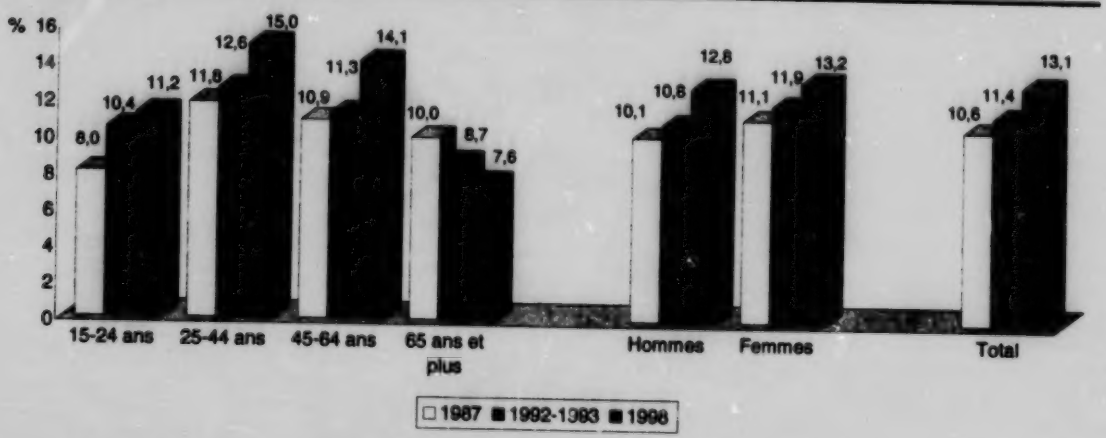
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lorsqu'on examine la composante de l'indice qui se rapporte à la satisfaction quant à la vie sociale, on constate qu'il y a, en 1998, une proportion plus élevée de Québécois qui se disent insatisfaits de leur vie sociale comparativement aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (figure 25.2). Cette tendance s'observe chez les hommes et chez les femmes à travers les trois enquêtes, mais la différence n'est significative que chez les hommes. Lorsqu'on tient compte de l'âge, la différence est observée chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et, également, chez les personnes de 45 à 64 ans.

25.2.2 Situation de vie et satisfaction quant à cette situation

Les résultats sur la situation de vie montrent que près de 14 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivaient seuls en 1998 (tableau 25.3). Ces résultats ne diffèrent pas de ceux obtenus en 1992-1993 (13 %). Comme dans l'enquête précédente, la proportion de personnes vivant seules augmente avec l'âge, cette proportion atteignant près de 31 % chez le groupe des 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, les femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre seules (41 % c. 16 %).

Figure 25.2
Personnes insatisfaites de leur vie sociale selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 25.3
Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Ne vit pas seul	Vit seul	Pe
	%		'000
Hommes			
15-24 ans	95,4	4,6*	23
25-44 ans	85,4	14,6	172
45-64 ans	86,3	13,7	116
65 ans et plus	84,0	16,0	56
Total	**87,2**	**12,8**	**366**
Femmes			
15-24 ans	96,8	3,2*	15
25-44 ans	91,5	8,5	97
45-64 ans	84,1	15,9	138
65 ans et plus	58,8	41,2	193
Total	**85,0**	**15,0**	**444**
Sexes réunis			
15-24 ans	96,1	3,9	38
25-44 ans	88,4	11,6	269
45-64 ans	85,2	14,8	254
65 ans et plus	69,5	30,5	249
Total	**86,1**	**13,9**	**810**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La population vivant seule est relativement satisfaite de cette situation de vie, puisqu'on estime à seulement 7 % le pourcentage d'individus qui se disent malheureux ou très malheureux de vivre seuls (tableau 25.4). Les distributions observées sont semblables à celles de l'enquête de 1992-1993 (9 %). Des proportions plus importantes d'hommes que de femmes se disent malheureux ou très malheureux de cette situation. Ainsi, dans les groupes d'âge de 15 à 64 ans, les proportions varient entre 10 % et 14 %. Chez les femmes, les proportions sont moindres. Elles varient entre 5 % et 10 %. Dans les deux groupes, les proportions de personnes qui se disent malheureuses ou très malheureuses de vivre seules diminuent avec l'âge.

Tableau 25.4
Bonheur de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Heureux ou très heureux	Ni heureux, ni malheureux	Malheureux ou très malheureux
		%	
Hommes			
15-24 ans	47,1*	39,4*	13,5**
25-44 ans	39,1	48,1	12,8*
45-64 ans	51,2	38,4	10,4*
65 ans et plus	60,7	34,8	4,5**
Total	**46,6**	**42,5**	**10,8**
Femmes			
15-24 ans	54,3*	36,2**	9,5**
25-44 ans	57,9	35,7	6,5**
45-64 ans	58,7	36,2	5,1**
65 ans et plus	68,0	29,5	2,5**
Total	**62,4**	**33,2**	**4,4***
Sexes réunis			
15-24 ans	49,7	38,2*	12,1**
25-44 ans	45,8	43,7	10,5
45-64 ans	55,3	37,2	7,4**
65 ans et plus	66,4	30,7	3,0**
Total	**55,3**	**37,4**	**7,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La présente enquête fournit des données inédites sur les personnes qui vivent seules et qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » dans leur vie. Ainsi, près du tiers des personnes qui vivent seules disent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (tableau 25.5). La proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (39 % c. 22 %). Entre 45 et 64 ans par exemple, près de 46 % des hommes vivant seuls ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde », alors que seulement 26 % des femmes du même groupe d'âge sont dans cette situation. Chez les hommes, mis à part le groupe des 65 ans et plus, la proportion des personnes qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » augmente avec l'âge. Chez les femmes, cette proportion diminue avec l'âge.

Tableau 25.5

Personnes qui ont ou non, un conjoint, un « chum » ou une « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	A un conjoint, un « chum » ou une blonde	N'a pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde »
	%	
Hommes		
15-24 ans	41,0	59,0
25-44 ans	36,8	63,2
45-64 ans	46,2	53,8
65 ans et plus	28,8	71,2
Total	**38,9**	**61,1**
Femmes		
15-24 ans	44,4	55,6
25-44 ans	38,7	61,3
45-64 ans	25,6	74,4
65 ans et plus	7,9	92,1
Total	**21,7**	**78,3**
Sexes réunis		
15-24 ans	42,3	57,7
25-44 ans	37,5	62,5
45-64 ans	35,1	65,0
65 ans et plus	12,5	87,5
Total	**29,6**	**70,4**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.3 Difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

La majorité des Québécois vivent avec un conjoint, que ce soit dans le cadre d'un mariage ou d'une union de fait (chapitre 2), et une proportion importante de ceux qui vivent seuls reconnaissent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Il importe donc de connaître le niveau de difficultés conjugales chez l'ensemble des individus en relation avec un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Le tableau 25.6 montre que 73 % des individus ne rapportent aucune difficulté conjugale. Toutefois, 27 % disent vivre des difficultés légères, moyennes ou sévères. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à ne rapporter aucune difficulté conjugale (76 % c. 71 %) et la proportion d'individus qui disent ne pas rencontrer de difficultés dans leur relation conjugale augmente avec l'âge (de 72 % à 78 %). Cette situation est vraie tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 25.6

Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	Pas de difficultés	Difficultés légères	Difficultés moyennes ou sévères
		%	
Hommes			
15-24 ans	74,8	18,9	6,3*
25-44 ans	74,1	13,6	12,4
45-64 ans	76,2	11,2	12,6
65 ans et plus	79,4	7,8*	12,8
Total	**75,5**	**12,7**	**11,8**
Femmes			
15-24 ans	69,3	17,7	13,1
25-44 ans	70,7	14,8	14,6
45-64 ans	70,1	11,9	18,0
65 ans et plus	75,4	7,8*	16,8
Total	**70,7**	**13,6**	**15,7**
Sexes réunis			
15-24 ans	71,7	18,2	10,1
25-44 ans	72,4	14,2	13,5
45-64 ans	73,2	11,5	15,3
65 ans et plus	77,6	7,8	14,6
Total	**73,1**	**13,1**	**13,8**
Pe '000	**3 180**	**565**	**598**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le tableau 25.7 révèle des degrés de difficulté comparables pour chacune des catégories de l'état matrimonial de fait. On note toutefois une exception : les hommes et les femmes célibataires qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » sont proportionnellement plus nombreux (19 % dans les deux cas) à vivre des difficultés légères que les hommes et les femmes mariés (11 % et 12 %). Enfin, les hommes et les femmes sans emploi ainsi que ceux et celles qui tiennent maison, comparés aux hommes et aux femmes dans les autres statuts d'emploi, sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à rapporter des difficultés conjugales moyennes ou sévères (tableau C.25.5).

Tableau 25.7
Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	Pas de difficultés	Difficultés légères	Difficultés moyennes ou sévères
	%		
Hommes			
Marié	76,0	10,9	13,1
En union de fait	75,2	14,0	10,8
Veuf, séparé ou divorcé	73,0	9,7**	17,3*
Célibataire	74,9	18,6	6,5*
Total	**75,5**	**12,6**	**11,8**
Femmes			
Mariée	72,0	11,9	16,1
En union de fait	70,1	15,0	14,9
Veuve, séparée ou divorcée	69,1	14,4*	16,6*
Célibataire	66,6	18,6	14,9
Total	**70,7**	**13,6**	**15,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.4 Intimité

Près du quart de la population âgée de 15 ans et plus, qu'elle vive ou non en couple, ou qu'elle ait ou non un conjoint, un « chum » ou une «blonde », a un résultat négatif à l'indice d'intimité (tableau 25.8). Rappelons que les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui ont répondu ne pas en chercher ne sont pas prises en considération dans le calcul de l'indice. Ces personnes représentent le tiers de celles qui ont dit ne pas avoir de conjoint, de « chum » ni de « blonde » (données non présentées).

La proportion de personnes qui manquent d'intimité est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (26 % c. 23 %) (tableau 25.8). La différence entre les deux sexes n'est significative que chez les personnes de 45 à 64 ans (23 % c. 17 %). Les proportions de personnes qui manquent d'intimité varient en fonction de l'âge. Les personnes les plus jeunes, celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, manquent d'intimité dans des pourcentages plus importants que les autres groupes d'âge (34 % c. 25 %, 20 %, 21 %) et les personnes de 45 à 64 ans sont celles qui présentent le pourcentage le plus faible. Ces dernières ne diffèrent toutefois pas des personnes de 65 ans et plus.

Tableau 25.8
Indice d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Hommes		
15-24 ans	65,4	34,6
25-44 ans	75,8	24,2
45-64 ans	83,4	16,6
65 ans et plus	82,3	17,7
Total	**76,9**	**23,1**
Femmes		
15-24 ans	66,3	33,7
25-44 ans	75,2	24,8
45-64 ans	76,9	23,1
65 ans et plus	75,8	24,2
Total	**74,2**	**25,8**
Sexes réunis		
15-24 ans	65,8	34,2
25-44 ans	75,5	24,5
45-64 ans	80,1	19,9
65 ans et plus	79,0	21,0
Total	**75,5**	**24,5**
Pe '000	**4 407**	**1 418**

1. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui n'en cherchent pas.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'indice d'intimité varie selon l'état matrimonial de fait. Ainsi, les personnes veuves, séparées ou divorcées, de même que celles qui sont célibataires, manquent d'intimité dans des proportions bien plus élevées que les personnes mariées ou vivant en union de fait (39 % et 41 % c. 16 % et 18 %) (tableau C.25.6). Le même constat prévaut lorsqu'on compare les hommes aux femmes. On observe également des différences en fonction du revenu. Plus le niveau de revenu augmente, moins grandes sont les proportions de personnes qui disent manquer d'intimité. L'indice d'intimité varie également en fonction du statut d'activité. Les étudiants et les personnes sans emploi présentent les proportions les plus élevées (36 % et 33 % respectivement). À l'opposé, les personnes à la retraite, celles qui tiennent maison et celles qui ont un emploi présentent des valeurs sensiblement inférieures (20 %, 21 % et 23 %). Il n'existe pas de différences significatives entre les divers niveaux de scolarité.

Le tableau 25.9 révèle que, chez les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant à la proportion de personnes qui manquent d'intimité. Rappelons que pour les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », l'indice est défini par une réponse positive à une question qui porte sur la difficulté de trouver quelqu'un avec qui elles sont compatibles et avec qui elles s'entendent très bien. Chez les personnes qui n'ont ni conjoint, ni « chum » ni « blonde », on note toutefois des différences selon l'âge. Les personnes âgées de 25 à 44 ans qui n'ont ni conjoint, ni « chum » ni « blonde » manquent d'intimité dans des proportions plus importantes que celles qui sont âgées de 15 à 24 ans (67 % c. 53 %) et de 65 ans et plus (67 % c. 43 %). Lorsqu'on examine l'indice selon l'âge et le sexe, deux groupes semblent particulièrement à risque chez les femmes, celui des 45-64 ans et surtout celui des 25-44 ans. En effet, près des trois quarts des femmes de 25 à 44 ans manquent d'intimité (73 %), ce qui représente un écart significatif par rapport aux groupes des 15-24 ans (55 %) et des 65 ans et plus (40 %), ainsi que par rapport à l'ensemble de la population féminine.

Tableau 25.9
Personnes qui manquent d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus n'ayant pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde »[1], Québec, 1998

	%
Hommes	
15-24 ans	51,3
25-44 ans	63,2
45-64 ans	54,2
65 ans et plus	48,7
Total	**55,8**
Femmes	
15-24 ans	55,3
25-44 ans	72,7
45-64 ans	61,4
65 ans et plus	40,2
Total	**58,8**
Sexes réunis	
15-24 ans	53,0
25-44 ans	67,2
45-64 ans	58,5
65 ans et plus	42,6
Total	**57,2**

1. Excluant les personnes qui ne cherchent pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.5 Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence

Près d'un Québécois sur deux, âgé de 18 ans et plus, déclare avoir vécu un événement traumatisant ou plus au cours de son enfance ou de son adolescence et un sur dix en a vécu trois et plus (tableau 25.10). Des pourcentages légèrement plus élevés de femmes que d'hommes (48 % c. 46 %) rapportent de tels événements, ce qui est conforme à l'état des connaissances sur le sujet. La différence n'est toutefois pas significative. Les personnes qui appartiennent aux groupes d'âge les plus jeunes en auraient vécu dans des proportions plus importantes. Chez les 18-24 ans, 57 % des personnes rapportent avoir vécu de tels événements et les pourcentages diminuent en fonction de l'âge. Chez les 65 ans et plus, le pourcentage n'est plus que de 30 %.

Tableau 25.10
Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Aucun	Un	Deux	Trois et plus
		%		
Hommes				
18-24 ans	46,1	28,8	13,6	11,5
25-44 ans	48,9	26,4	13,1	11,5
45-64 ans	57,6	23,8	11,0	7,7
65 ans et plus	69,0	23,1	5,5*	2,5**
Total	**53,6**	**25,5**	**11,6**	**9,3**
Femmes				
18-24 ans	39,9	27,8	15,7	16,7
25-44 ans	44,6	25,0	16,6	13,8
45-64 ans	56,9	23,3	12,1	7,7
65 ans et plus	70,0	20,2	7,5	2,3*
Total	**51,6**	**24,1**	**13,7**	**10,6**
Sexes réunis				
18-24 ans	43,1	28,3	14,6	14,1
25-44 ans	46,8	25,7	14,8	12,7
45-64 ans	57,2	23,5	11,6	7,7
65 ans et plus	69,6	21,4	6,6	2,4*
Total	**52,6**	**24,8**	**12,7**	**10,0**
Pe '000	**2 924**	**1 364**	**694**	**540**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes et les femmes diffèrent quant à certaines composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence (tableau C.25.7). Ainsi, des proportions plus élevées d'hommes que de femmes déclarent avoir passé deux semaines ou plus à l'hôpital lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents (14 % c. 12 %) et avoir dû quitter la maison parce qu'ils avaient fait quelque chose de mal (3,3 % c. 2,5 %). Par contre, des proportions plus élevées de femmes déclarent avoir vécu un événement qui les a effrayées à tel point qu'elles y ont pensé pendant des années (25 % c. 18 %), et plus de femmes que d'hommes rapportent avoir été maltraitées physiquement par un proche (7 % c. 6 %).

Toutes les composantes de l'indice varient selon l'âge (tableau 25.11). Les personnes de 18 à 24 ans déclarent avoir connu le divorce de leurs parents et des périodes de chômage de ces derniers dans des proportions plus importantes que celles des autres groupes. Celles qui sont âgées de 25 à 44 ans déclarent avoir vécu, en plus grandes proportions que celles des autres groupes, des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues des parents. Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont les pourcentages les plus faibles à chacune des composantes de l'indice. De façon générale, les proportions de personnes ayant déclaré avoir vécu l'un ou l'autre des événements traumatisants de l'indice diminuent avec l'âge.

Tableau 25.11
Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	18-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Total
			%		
Séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital	12,0	13,8	13,6	9,8	13,0
Divorce des parents	23,7	15,2	4,2	2,5*	11,1
Père ou mère involontairement sans emploi pour une longue durée	23,2	16,5	12,8	9,4	15,2
Événement dont la pensée a effrayé pendant des années	26,2	25,3	19,3	11,0	21,7
Départ de la maison parce qu'avait fait quelque chose de mal	5,0	3,6	2,0	0,7**	2,9
Problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère	12,7	19,5	15,1	7,2	15,7
Mauvais traitement physique par un proche	5,6	8,0	6,2	2,5*	6,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.6 Liens avec divers indices sociaux et de santé

Les indices analysés, soit l'indice de soutien social, l'indice de difficulté dans les relations avec le conjoint, l'indice d'intimité et l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, sont associés de manière significative à plusieurs indices sociaux et de santé (tableau 25.12).

Chez les personnes qui ont un niveau faible à l'indice de soutien social, on retrouve une proportion plus importante de personnes qui appartiennent à la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui ont un niveau élevé à l'indice de soutien social (38 % c. 16 %). De même, chez les personnes ayant des difficultés dans leurs relations avec le conjoint, on retrouve une proportion plus importante de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui n'ont pas de difficulté avec le conjoint. Chez celles qui éprouvent des difficultés sévères, on estime à près de 45 % le pourcentage de personnes qui se retrouvent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse. De plus, chez les personnes qui manquent d'intimité, on retrouve une proportion deux fois plus importante de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement aux personnes qui ne manquent pas d'intimité (37 % c. 15 %). Enfin, chez les personnes qui ont vécu des événements traumatisants, on note une proportion plus élevée de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui n'en ont pas vécus. Plus le nombre d'événements rapportés est élevé, plus importantes sont les proportions des personnes qui se retrouvent dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique (de 21 % pour un événement à 37 % pour trois événements).

Chez les personnes qui se classent au niveau faible de l'indice de soutien social, on observe des proportions plus importantes de personnes qui ont présenté des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois, comparativement à celles qui sont au niveau élevé de l'indice (10 % c. 2,5 %). On note également d'importants écarts entre les personnes qui vivent des difficultés conjugales comparativement à celles qui n'en vivent pas. La proportion des personnes qui présentent des idées suicidaires est plus élevée pour les catégories de difficultés légères, moyennes et sévères comparativement à celles qui n'ont pas de difficultés (6 %, 7 %, 9 % c. 1,8 %).

Tableau 25.12
Certains indices sociaux et de santé selon les indices de l'environnement de soutien, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	Idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois	Consommation d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois	Problèmes de santé de longue durée (6 mois ou plus)
	%			
Soutien social				
Faible	37,6	9,7	18,0	39,3
Élevé	15,8	2,5	17,5	34,4
Difficultés conjugales[1]				
Aucune	13,1	1,8	14,4	32,0
Légères	28,0	5,8	19,3	35,6
Moyennes	36,0	7,3*	19,3	38,8
Sévères	44,8	9,2*	17,7	41,5
Manque d'intimité[2]				
Oui	36,6	8,8	25,3	38,0
Non	15,4	2,4	15,9	32,4
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence[3]				
Aucun	13,1	1,7	11,8	32,7
Un	20,9	4,3	17,9	37,1
Deux	28,8	6,2	24,8	39,7
Trois et plus	37,1	10,6	28,1	45,8

1. Population ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde ».
2. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui n'en cherchent pas.
3. Population de 18 ans et plus.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez celles qui manquent d'intimité, on observe aussi une proportion plus élevée de personnes qui ont nourri des idées suicidaires, comparativement à celles qui n'en manquent pas (9 % c. 2,4 %). De même, on retrouve des proportions plus importantes de personnes qui présentent des idées suicidaires chez les personnes qui rapportent avoir vécu un, deux ou trois événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence comparativement aux personnes qui n'en déclarent pas (4,3 %, 6 %, 11 % c. 1,7 %). Celles qui ne rencontrent pas de difficultés conjugales et celles qui ne rapportent pas d'événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence se révèlent avantagées.

La proportion de personnes qui déclarent avoir consommé de l'alcool et des drogues est plus importante chez les personnes qui manquent d'intimité que chez celles qui n'en manquent pas (25 % c. 16 %). De même, la proportion est plus forte chez celles qui rapportent avoir vécu trois événements traumatisants et plus durant l'enfance ou l'adolescence que celles qui n'en rapportent pas (28 % c. 12 %).

Enfin, les proportions de personnes qui présentent des problèmes de santé de longue durée sont plus importantes chez les personnes qui se classent au niveau faible de l'indice de soutien social comparativement à celles qui se classent au niveau élevé de l'indice (39 % c. 34 %), ainsi que chez celles qui manquent d'intimité comparées à celles qui n'en manquent pas (38 % c. 32 %) et chez celles qui ont vécu trois événements traumatisants et plus durant l'enfance ou l'adolescence comparativement aux autres catégories (46 % c. 33 %, 37 %, 40 %).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Comme dans les deux enquêtes précédentes, les indices utilisés dans la présente enquête reposent sur un nombre limité d'indicateurs qui ne permettent pas de rendre compte de l'ensemble des aspects de l'environnement de soutien des Québécois. Toutefois, les résultats de la présente enquête montrent des différences importantes dans la qualité de l'environnement de soutien de différents groupes au sein de la population québécoise.

Si l'on considère les indices pour lesquels les données de l'enquête 1998 sont comparables à celles des enquêtes précédentes, les données de la présente enquête font ressortir une situation préoccupante pour certains groupes. C'est ainsi que la présente enquête montre que de grandes proportions d'individus se disent insatisfaits de leur vie sociale. Les hommes et les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans sont les groupes où l'on observe de plus grandes proportions d'individus insatisfaits. Puisque l'enquête précédente, comparée à celle de 1987, avait montré une diminution de la proportion des jeunes individus très satisfaits de leur vie sociale, les trois enquêtes comparées suggèrent une tendance à l'augmentation de la proportion des personnes vivant des difficultés sociales, pour chaque groupe d'âge, à l'exception de celui des plus de 65 ans. Étant donné les liens décelés entre les indices du milieu social et les indices sociaux et de santé, cette tendance mérite une attention soutenue des chercheurs et des services sociosanitaires.

Sous plus d'un aspect, l'enquête de 1998 montre un profil de soutien social comparable à celui de l'enquête de 1992-1993. D'une manière générale, la population des 15-24 ans et celle des 65 ans et plus présentent, dans des proportions plus importantes que les autres catégories d'âge, un niveau élevé à l'indice de soutien social. Les hommes, particulièrement ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer des niveaux faibles. La différence est particulièrement marquée par rapport au nombre de confidents et au nombre de personnes témoignant de l'affection. Enfin, comme dans l'enquête précédente, les personnes veuves, séparés ou divorcées, celles qui ont un revenu inférieur et celles qui n'ont pas d'emploi bénéficient en moins grandes proportions d'un soutien social élevé. Au niveau de la situation de vie, les deux enquêtes montrent que la proportion d'individus vivant seuls augmente avec l'âge, que de plus grandes proportions de femmes que d'hommes de 65 ans et plus vivent seules et, qu'à tout âge, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à être insatisfaits de vivre seuls. Puisque, comme dans l'enquête de 1992-1993, la proportion de personnes satisfaites de vivre seules est généralement élevée, il y a lieu d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

Les nouveaux indices de la présente enquête jettent un éclairage inédit sur l'environnement social des Québécois. Ainsi, un Québécois sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier. Les difficultés sont sévères chez un Québécois sur sept. Toutes proportions gardées, les personnes sans emploi rencontrent des difficultés conjugales dans des proportions plus importantes que les autres groupes. Par ailleurs, les jeunes Québécois sont plus nombreux que leurs aînés à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi le chômage de ces derniers. Ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir déclaré des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue des parents. Par ailleurs, l'enquête estime qu'un Québécois sur quatre rapporte manquer d'intimité, cette proportion étant plus grande chez les personnes sans emploi et chez les jeunes de 15 à 24 ans, malgré que ces derniers montrent un niveau élevé d'intégration sociale. On retrouve bien sûr dans ce groupe d'âge une proportion plus importante de personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », et peut-être même qui n'en ont encore jamais eu. Mais le problème n'en est pas moins réel, puisque ces jeunes ont répondu qu'il leur était très difficile de trouver quelqu'un avec qui ils sont compatibles et avec qui ils s'entendent très bien.

À cet égard, les femmes de 45 à 64 ans manquent d'intimité dans des proportions plus importantes que les hommes du même âge. Parmi les individus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », on retrouve aussi chez les femmes de plus fortes proportions de personnes qui déclarent des difficultés conjugales. Ainsi, toutes proportions gardées, les femmes rapportent dans l'ensemble de meilleurs indices de soutien social que les hommes, mais elles sont par contre plus nombreuses qu'eux à signaler des problèmes conjugaux.

L'enquête de 1992-1993 remettait en question la validité de ses indicateurs reliés à la satisfaction conjugale et familiale, en raison des proportions particulièrement élevées d'individus satisfaits. En améliorant ces indices et en proposant de nouveaux indices, la présente enquête fournit probablement une image plus nuancée de la satisfaction sociale des Québécois, particulièrement sur la question des liens conjugaux et de l'intimité. Par conséquent, les écarts marqués entre les résultats des deux enquêtes au chapitre des relations conjugales sont sans doute attribuables en grande partie à ces modifications de la mesure. Eu égard aux nouveaux indices, il faudrait aussi nuancer les résultats relatifs à l'intimité étant donné le caractère exploratoire des questions servant à mesurer ce concept. Il faudrait également nuancer les résultats relatifs aux événements traumatisants anciens, puisque des biais de mémorisation, de réinterprétation du passé ou de désirabilité sociale ont pu influencer les réponses. Les qualités psychométriques de ces nouveaux indices devraient être examinées plus en profondeur.

Éléments de réflexion pour la planification

Par rapport aux enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* met en lumière sensiblement les mêmes groupes vulnérables. Tous les résultats sur l'environnement de soutien sont reliés aux indices sociaux et de santé, pour lesquels les individus souffrant de pauvreté, les personnes sans emploi et les hommes de 25 à 64 ans apparaissent moins favorisés. La présente enquête semble de plus confirmer une tendance qui s'amorçait dans l'enquête 1992-1993 concernant une situation plus favorable des personnes de 65 ans et plus.

Les politiques gouvernementales devraient donc soutenir les efforts envers les groupes vulnérables de façon à les protéger de l'exclusion sociale qui les guette ou qui les touche déjà. Le groupe des hommes âgés de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, par ailleurs identifié comme un groupe à risque au sein de la *Stratégie d'action face au suicide* (MSSS, 1998), mérite une plus grande attention, tant des chercheurs que des intervenants. Des actions ou des programmes tenant compte des résultats de l'enquête en ce qui concerne le soutien social et la satisfaction face au fait de vivre seul pourraient être développés et évalués. D'autre part, les principes énoncés dans les *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002* (MSSS, 1997), soit la lutte aux inégalités sociales et l'engagement auprès des communautés locales, demeurent prioritaires dans le futur programme de santé publique. Cela implique également le maintien et le développement des actions qui visent à prévenir le décrochage scolaire, à favoriser l'insertion professionnelle, à créer des emplois, à réduire les écarts entre les différents groupes de la population, à soutenir la solidarité et l'entraide dans les communautés, enfin de toutes les actions susceptibles de développer le capital social (Bélanger, Sullivan et Sévigny, 2000). Finalement, comme dans l'enquête précédente, la présente enquête souligne l'importance du climat familial (divorce/séparation) comme zone privilégiée d'actions de prévention. La prévention des conflits, les interventions au stade précoce des conflits et l'attention portée au bien-être des enfants exposés à ces conflits et aux séparations pourraient faire l'objet de politiques prioritaires. De telles politiques seraient cohérentes avec les résultats de l'enquête sur *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999* (Clément et autres, 2000), lesquels montrent que la présence de discordes conjugales augmente les risques de violence psychologique et physique envers les enfants. En conséquence, un soutien accru doit être accordé au développement et à l'évaluation des programmes de prévention de discorde conjugale et familiale.

Bibliographie

BARRERA, M. (1986). « Distinction between social support, concepts, measures and models », *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 413-445.

BEAUDET, M. P. (1996). *Dépression*, Rapports sur la santé, Statistique Canada, vol. 7, p. 11-25.

BÉLANGER, J.-P., R. SULLIVAN et R. SÉVIGNY (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, ASPQ Éditions.

BURMAN, B., et G. MARGOLIN (1992). « Analysis of the association between marital relationship and health problems », *Psychological Bulletin*, vol. 112, p. 39-63.

CAMIRAND, J., R. MASSÉ, C. FRENETTE et M. TOUSIGNANT (1993). *Rapport de la mi-enquête : analyse et demande de tableaux*, Groupe environnement social, Enquête Santé Québec 1992-1993, (Document de travail).

CLÉMENT, M. È., C. BOUCHARD, M. JETTÉ, et S. LAFERRIÈRE (2000). *La violence dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

GOTTMAN, J. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum.

KIECOLT-GLASER, J. K. (1999). « Norman Cousins memorial lecture 1998, stress, personal relationship, and immune function: health implications », *Brain, Behavior & Immunity*, vol. 13, p. 61-72.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998)., *Stratégie d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction de la santé publique, 94 p.

PRAGER, J. (1995). *The psychology of intimacy*, NY, Guilford Pub.

REISS, A. J., et J. A. ROTH (1993). *Understanding and preventing violence*, Washington, National Academy Press.

STATISTIQUE CANADA (1995). *Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

THOITS, P. A. (1995). « Stress, coping, and social support processes: Who? We? What next? », *Journal of Health and Social Behavior*, p. 53-79.

TOUSIGNANT, P. A. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses Universitaires de France.

TURNER, R. J., B. WHEATON et D. S. LLOYD (1995). « The epidemiology of social stress », *American Sociological Review*, vol. 60, p. 104-125.

WHEATON, B. (1991). *The specification of chronic stress: model and measurement*, Paper presented at an annual meeting of the Society for the study of social problems, August, Cincinnati, OH.

WHEATON, B. (1994). « Sampling the stress universe », dans AVISON, W. R. et I. H. GOTLIB, (éd.), *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future*, New-York, Plenum.

Tableau C.25.1
Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Fréquence des rencontres			
Une fois/an, jamais	6,4	4,1	5,3
Au moins une fois/mois	25,1	23,4	24,2
Une fois/semaine ou plus	68,5	72,5	70,5
Solitude durant les temps libres			
Seul plus de la moitié du temps	13,4	13,8	13,6
Avec d'autres	86,6	86,2	86,4
Satisfaction quant à la vie sociale			
Non satisfait	12,8	13,2	13,1
Plutôt satisfait	55,7	56,0	55,8
Très satisfait	31,5	30,8	31,1
Présence d'amis			
Non	6,6	5,8	6,2
Oui	93,4	94,2	93,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis			
Non satisfait	3,2	3,1	3,1
Plutôt satisfait	48,7	44,5	46,6
Très satisfait	48,1	52,4	50,3
Nombre de confidents			
Aucun	14,3	7,6	10,9
Un	21,1	17,5	19,3
Deux	28,5	32,3	30,4
Trois et plus	36,1	42,6	39,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin			
Aucune	4,6	2,6	3,6
Une	12,8	11,5	12,1
Deux	24,5	24,0	24,2
Trois et plus	58,1	61,9	60,0
Nombre de personnes démontrant de l'affection			
Aucune	6,2	2,7	4,4
Une	16,9	10,8	13,9
Deux	19,6	17,6	18,6
Trois et plus	57,3	68,8	63,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.2

Composantes de l'indice de soutien social selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marié	En union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
		%		
Fréquence des rencontres				
Une fois/an, jamais	4,5	4,3	5,9	7,0
Au moins une fois/mois	26,5	27,0	19,9	20,4
Une fois/semaine ou plus	69,0	68,7	74,2	72,6
Solitude durant les temps libres				
Seul plus de la moitié du temps	8,2	8,8	28,8	18,8
Avec d'autres	91,8	91,2	71,2	81,3
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	10,3	13,0	17,7	15,7
Plutôt satisfait	56,9	56,1	55,5	53,7
Très satisfait	32,8	30,9	26,8	30,6
Présence d'amis				
Non	6,5	6,2	9,2	4,2
Oui	93,5	93,8	90,8	95,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis				
Non satisfait	2,2	3,7	3,5*	4,3
Plutôt satisfait	46,6	50,5	40,3	46,7
Très satisfait	51,2	45,7	56,2	49,0
Nombre de confidents				
Aucun	12,7	9,5	10,2	9,2
Un	21,0	21,3	17,2	16,0
Deux	30,0	32,4	29,6	30,3
Trois et plus	36,3	36,8	43,0	44,5
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	3,7	3,3	4,4	3,2
Une	12,3	12,7	14,1	10,6
Deux	23,6	25,3	25,9	24,1
Trois et plus	60,4	58,6	55,6	62,1
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	4,0	3,7	4,7	5,6
Une	12,8	15,0	13,2	15,1
Deux	16,7	19,8	21,5	19,6
Trois et plus	66,5	61,5	60,6	59,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.3

Composantes de l'indice de soutien social selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
			%		
Fréquence des rencontres					
Une fois/an, jamais	10,9	6,4	5,4	4,4	3,5**
Au moins une fois/mois	17,6	21,4	22,3	25,9	30,3
Une fois/semaine ou plus	71,5	72,2	72,3	69,7	66,2
Solitude durant les temps libres					
Seul plus de la moitié du temps	26,8	19,7	13,0	10,9	10,8
Avec d'autres	73,2	80,3	87,0	89,1	89,2
Satisfaction quant à la vie sociale					
Non satisfait	21,6	17,3	12,6	11,3	11,0
Plutôt satisfait	50,6	54,2	56,0	57,4	55,0
Très satisfait	27,8	28,5	31,4	31,3	34,0
Présence d'amis					
Non	10,5	7,4	6,2	5,4	4,8
Oui	89,5	92,6	93,8	94,6	95,2
Satisfaction dans les rapports avec les amis					
Non satisfait	3,8*	3,6*	3,5	2,6	3,3*
Plutôt satisfait	41,6	45,0	46,1	48,0	47,2
Très satisfait	54,6	51,4	50,4	49,4	49,5
Nombre de confidents					
Aucun	15,1	12,6	10,7	10,3	9,5
Un	21,9	19,7	20,7	18,4	16,1
Deux	26,2	31,2	30,0	31,3	30,2
Trois et plus	36,7	36,5	38,6	40,0	44,2
Nombre de personnes pouvant aider au besoin					
Aucune	10,7	4,8	3,3	2,9	1,7*
Une	17,1	16,0	13,0	10,6	8,3
Deux	25,7	26,4	24,6	23,7	22,2
Trois et plus	46,5	52,8	59,1	62,8	67,8
Nombre de personnes démontrant de l'affection					
Aucune	10,8	6,0	4,2	3,5	2,8*
Une	18,8	16,1	14,7	12,2	11,6
Deux	20,2	21,2	18,6	18,2	16,4
Trois et plus	50,2	56,7	62,5	66,1	69,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.25.4

Composantes de l'indice de soutien social selon le fait d'être en emploi ou sans emploi[1], population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	En emploi	Sans emploi
	%	
Fréquence des rencontres		
Une fois/an, jamais	4,7	11,0
Au moins une fois/mois	27,7	22,8
Une fois/semaine ou plus	67,5	66,2
Solitude durant les temps libres		
Seul plus de la moitié du temps	12,0	25,2
Avec d'autres	88,0	74,8
Satisfaction quant à la vie sociale		
Non satisfait	13,2	27,2
Plutôt satisfait	58,1	48,3
Très satisfait	28,7	24,5
Présence d'amis		
Non	5,5	10,0
Oui	94,5	90,0
Satisfaction dans les rapports avec les amis		
Non satisfait	3,5	4,1*
Plutôt satisfait	50,0	46,7
Très satisfait	46,5	50,2
Nombre de confidents		
Aucun	11,3	14,9
Un	20,0	24,2
Deux	31,3	27,4
Trois et plus	37,4	33,6
Nombre de personnes pouvant aider au besoin		
Aucune	3,4	8,8
Une	12,0	18,2
Deux	24,5	25,5
Trois et plus	60,1	47,5
Nombre de personnes démontrant de l'affection		
Aucune	4,4	9,7
Une	14,5	18,0
Deux	19,1	21,7
Trois et plus	62,0	49,6

1. Excluant les étudiants, les personnes qui tiennent maison et les retraités.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.5

Personnes ayant des difficultés conjugales moyennes ou sévères selon le sexe et le statut d'activité habituelle, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
			%		
Hommes	11,8	6,4*	20,8*	12,8	15,2*
Femmes	15,2	14,4	17,0	14,5	18,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.25.6

Personnes qui manquent d'intimité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et selon le sexe, population de 15 ans et plus[1], Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
		%	
État matrimonial de fait			
Marié	14,3	17,5	15,9
En union de fait	15,8	19,3	17,5
Veuf, séparé ou divorcé	37,0	40,5	39,2
Célibataire	40,4	41,7	41,0
Niveau de revenu			
Très pauvre	29,3	35,5	32,5
Pauvre	30,1	29,8	29,9
Moyen inférieur	24,1	26,5	25,3
Moyen supérieur	21,7	23,9	22,8
Supérieur	17,8	21,0	19,3
Statut d'activité			
En emploi	21,0	25,0	22,7
Aux études	35,0	36,1	35,5
Tient maison	26,2*	20,7	21,1
À la retraite	17,1	24,0	19,8
Sans emploi	32,5	33,0	32,7
Scolarité relative			
Plus faible	24,3	24,3	24,3
Faible	22,4	24,9	23,7
Moyenne	21,9	27,4	24,9
Élevée	23,2	26,0	24,4
Plus élevée	24,0	25,8	24,9

1. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde» et qui n'en cherchent pas.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.25.7

Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
		%	
Séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital	14,1	11,9	13,0
Divorce des parents	11,2	11,0	11,1
Père ou mère involontairement sans emploi pour une longue durée	15,0	15,5	15,2
Événement dont la pensée a effrayé pendant des années	18,1	25,2	21,7
Départ de la maison parce qu'avait fait quelque chose de mal	3,3	2,5	2,9
Problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère	15,2	16,2	15,7
Mauvais traitement physique par un proche	5,5	7,4	6,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu de travail

Travail et santé

Environnement psychosocial du travail

Chapitre 26
Travail et santé

Robert Arcand
France Labrèche
Susan Stock
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Karen Messing
France Tissot
CINBIOSE
Université du Québec à Montréal

Introduction

Selon le recensement canadien de 1996 (Statistique Canada, 1997), la moitié de la population québécoise, tous âges confondus, fait partie de la population active. C'est donc dire que le travail comme déterminant de l'état de santé touche une proportion importante de Québécois. Pour la première fois au Québec, une enquête populationnelle permet d'analyser l'état de santé des travailleurs selon certaines caractéristiques et conditions de leur emploi ainsi que selon l'exposition à certains risques professionnels et environnementaux.

Les aspects abordés par le volet santé au travail rejoignent plusieurs priorités de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)(1992) ainsi que celles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (1995). Ces priorités signalent la nécessité d'agir sur les facteurs de risque professionnels et environnementaux, incluant l'organisation du travail (PSBE #8), pouvant occasionner des traumatismes au travail (PSBE #10), des maladies professionnelles (et plus particulièrement celles du système respiratoire) (PSBE #12 et CSST #2 à 6 et 8 à 10), des problèmes musculo-squelettiques (PSBE #11 et CSST #1) et des problèmes de santé en général. Rappelons que la CSST traite annuellement environ 177 000[1] nouveaux dossiers de lésions professionnelles (soit des accidents de travail ou des maladies professionnelles), dont 9 900 concernent des maladies professionnelles (ex. : surdité, lombalgie, syndrome de canal carpien, problème respiratoire, etc.). Selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001), une lésion professionnelle est une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Ces lésions génèrent des déboursés d'environ 1,2 milliard de dollars annuellement. Toutefois, la prévalence réelle des lésions professionnelles dans notre population n'est pas connue. On sait que les banques de données provenant des commissions d'indemnisation de lésions professionnelles en sous-estiment l'ampleur chez l'ensemble des travailleurs et ne contiennent pas d'information sur l'environnement ou les conditions de travail qui pourraient leur être associés (Bombardier et autres, 1985; Duguay et Massicotte, 1999; Fine et autres, 1986; Stock, 1997; Développement des ressources humaines Canada, 1996). Près de la moitié des lésions professionnelles touchent le système musculo-squelettique (dos inclus). Les problèmes musculo-squelettiques et respiratoires comptent parmi les principales atteintes à la santé qui sont

[1] Moyenne établie à partir des données de 1991 à 1996 de la CSST, Direction de la statistique et de la gestion de l'information. Annexes statistiques aux rapports annuels de 1991 à 1996.

associées à un fort effet de sélection ou d'exclusion de la population active.

Les conditions de travail consistent en l'ensemble des faits et circonstances caractéristiques du milieu de travail. Elles sont modulées suivant le secteur d'activité économique et le groupe professionnel, et varient, entre autres, selon le sexe et l'âge des travailleurs. Dans ce chapitre, quelques conditions de travail sont examinées, notamment certaines composantes d'organisation du travail, certains risques physiques et chimiques, les accidents de travail avec blessures, la fréquence des situations de tension avec le public, de même que l'exposition au travail à la violence physique, à l'intimidation et aux paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Par ailleurs, plusieurs auteurs suggèrent que certaines caractéristiques du travail (type d'emploi, statuts de permanence et de syndicalisation, taille de l'entreprise, type de profession) pourraient avoir des effets sur la santé et la sécurité des travailleurs (François et Liévin, 1986; Berthelette, 1990; Berthelette et Planché, 1995; Simard et autres, 1988; Letz, 1995; Karasek et Theorell, 1990; Laflamme et Cloutier, 1988). L'effet présumé sur la santé de ces caractéristiques et conditions de travail constitue un champ qu'il importe d'explorer.

En ce qui concerne les atteintes respiratoires, selon divers systèmes de notification par des « médecins sentinelles », tant au Québec (Provencher et autres, 1997) qu'ailleurs (Contreras et autres, 1994; Meredith et McDonald, 1994), l'asthme constitue la maladie pulmonaire d'origine professionnelle la plus répandue et peut s'avérer une maladie grave (Mao et autres, 1987). Toutefois, l'asthme d'origine professionnelle demeure difficile à documenter par questionnaire. Une approche plus appropriée dans une enquête populationnelle consiste à estimer la prévalence d'exposition aux plus importants agents causals de l'asthme professionnel, soit, après les isocyanates (composants de certains plastiques), les poussières de farine, céréales et graine, les poussières de bois et les fumées de soudage (Provencher et autres, 1997; Contreras et autres, 1994; Meredith et McDonald, 1994; Sallie et autres, 1994; Chan-Yeung et Malo, 1994).

Les accidents de travail sont reliés à un ensemble fort complexe de facteurs interagissant pour augmenter ou diminuer le risque d'incidents. Les travailleurs plus jeunes, avec moins d'ancienneté, présentent un risque plus élevé de subir des accidents, bien que les accidents mortels se produisent plus souvent chez les travailleurs de plus de 40 ans (Letz, 1995; Jeong, 1998). L'impact de la taille de l'entreprise sur le risque d'accidents varierait selon le secteur d'activité économique. De manière générale, les entreprises de moins de 10 travailleurs (Jeong, 1998) et celles de 10 à 200 travailleurs (Salminen, 1993) présenteraient un risque accru. Une augmentation du risque d'accidents est aussi associée à des facteurs ayant pour conséquence une diminution de la vigilance telles, entre autres, l'exposition à des solvants organiques, la fatigue (résultant de l'organisation du travail ou d'autres situations) ou encore l'exposition du corps entier à des vibrations (Seidel et Heide, 1986; Hunting et autres, 1991; Duchon et Smith, 1993; Lowden et autres, 1998).

Les phénomènes de violence, tant physique que verbale, et d'intimidation ainsi que de harcèlement sexuel en milieu de travail occupent de plus en plus de place dans les préoccupations des travailleurs et des intervenants en santé publique. Ces situations difficiles à circonscrire semblent avoir des effets directs et indirects sur la santé, sous forme de problèmes physiques et psychiques (problèmes gastro-intestinaux, troubles du sommeil, maux de tête, perte d'estime de soi, etc.) (Whittington et Wykes, 1989; Gutek et Koss, 1993; Poster et Ryan, 1989; Flannery, 1996; van Roosmalen et McDaniel, 1998). Poster et Ryan (1989) rapportent que 73 % du personnel de quelques départements psychiatriques et neurologiques déclarait avoir déjà subi de la violence physique de la part des patients, 7 % des employés disant avoir subi 20 épisodes ou plus de ce genre durant leur carrière. Une recension de la littérature sur le harcèlement sexuel dans les universités et les collèges canadiens montre qu'entre 10 % et 57 % des

étudiantes et du personnel auraient subi de telles situations (van Roosmalen et McDaniel, 1998).

L'intérêt de l'étude des problèmes musculo-squelettiques tient à ce qu'ils sont la principale cause d'incapacité dans la population québécoise (Santé Québec et autres, 1988; voir également les chapitres 13 et 18 du présent rapport), de même qu'au Canada et dans les autres pays industrialisés (Bombardier et autres, 1985; McNeil, 1994). Une importante proportion de ces incapacités serait imputable aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail. Les problèmes musculo-squelettiques en milieu de travail sont d'origine multifactorielle. Au cours des 20 dernières années, la contribution des facteurs professionnels à ces lésions a été de plus en plus reconnue, plus précisément, les facteurs physiques, les facteurs psychologiques, les facteurs d'organisation du travail et d'autres facteurs psychosociaux en milieu de travail. Des recensions rigoureuses de la littérature épidémiologique décrivent l'état des connaissances concernant les liens entre divers problèmes musculo-squelettiques et les facteurs professionnels (Bernard, 1997; Kuorinka et Forcier, 1995; National Research Council, 1998). Ces connaissances permettent le développement et l'implantation des programmes de prévention contre ces lésions ou l'incapacité y étant associée.

Récemment, des chercheurs du Canada (Cassidy et autres, 1998; Liira et autres, 1996), des États-Unis (Guo et autres, 1999, 1995; Tanaka et autres, 1994, 1995) et d'Europe (Makela et autres, 1993, 1991; Hildebrandt, 1995a, 1995b; Hagen et Thune, 1998; Heran-Le Roy et autres, 1999) ont étudié la prévalence des maux de dos ou du syndrome du canal carpien chez plusieurs groupes de travailleurs. Dépendamment de la question posée, l'estimation de la prévalence des maux de dos au moment de l'enquête varie entre 18 % et 28 % et la prévalence d'incapacité associée à ces maux de dos varie entre 5 % et 18 %. La prévalence des maux de dos de longue durée chez les adultes de moins de 65 ans est de 8 % en Ontario (Liira et autres, 1996). L'enquête américaine *National Health Interview Survey* de 1988 estime que 1,5 % des travailleurs se plaignent de douleurs de longue durée aux mains et dans un tiers de ces cas, un médecin a indiqué que le diagnostic était le syndrome du canal carpien (Tanaka et autres, 1995, 1994). Au Québec, il y a très peu d'études populationnelles concernant les maux de dos et aucune étude populationnelle concernant la prévalence d'autres lésions musculo-squelettiques reliées au travail.

Les postures de travail dépendent des contraintes de la tâche et de l'aménagement de l'ensemble du poste de travail. Le maintien de la position debout statique ou fixe requiert un effort soutenu des muscles du dos et des membres inférieurs pour conserver l'équilibre. La posture debout, avec ou sans déplacements, est associée à la douleur et à des troubles aux membres inférieurs (Ryan, 1989; Krijnen et autres, 1997). S'asseoir représente un repos par rapport à rester debout; on augmente les surfaces d'appui, ce qui diminue la pression sur chacune. Par contre, la pression à l'intérieur des disques, au niveau lombaire de la colonne, est augmentée par rapport à la posture debout (Vézina et Lajoie, 1996).

Lorsqu'on étudie les effets de la posture de travail, il faut également prendre en considération les contraintes posturales (Selin et autres, 1994; Messing et Kilbom, 1999). Est-ce que la personne peut bouger, se lever, marcher ou est-elle immobile? En fait, le maintien d'une position statique, debout ou assise, a depuis longtemps été identifié comme élément précurseur de douleur, d'inconfort et de fatigue, particulièrement dans la région lombaire et aux membres inférieurs (Laville, 1985).

Ce chapitre examine quatre différents aspects de la relation entre le travail et la santé, soit certaines caractéristiques générales des travailleurs, diverses conditions de travail, les problèmes musculo-squelettiques des travailleurs et les postures de travail.

Les caractéristiques générales des travailleurs étudiées dans la présente enquête sont le sexe, l'âge, le type d'emploi, le statut de permanence, le statut

d'emploi (temps plein ou partiel) et de syndicalisation, le type de profession (manuelle, non manuelle ou mixte) et la taille de l'entreprise. Les conditions de travail examinées sont l'organisation du travail, les risques ou contraintes physiques et chimiques, la fréquence des situations de tension vécues avec le public, la violence physique, l'intimidation et les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Ces conditions sont décrites systématiquement selon le sexe et l'âge, puis, pour certaines d'entre elles, selon la présence concomitante d'autres conditions de travail. Lorsque possible, les liens entre les conditions de travail et les accidents de travail avec blessures sont investigués, ainsi qu'entre les conditions et l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, la perception de l'état de santé en général et de la santé mentale, l'indice de détresse psychologique et la présence des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.

La prévalence de divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée est également estimée chez les travailleurs ainsi que celle des douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre partie du corps, perçues comme étant reliées ou non au travail, au cours d'une période de 12 mois et d'une autre de 7 jours. Par la suite, la relation entre ces problèmes et le sexe, l'âge, le type de profession, l'exposition à certaines contraintes physiques au travail et l'impact sur les activités de travail est étudiée. L'excès de poids, souvent associé à des problèmes d'articulations (Hartz et autres, 1986) ou de dos (Leboeuf-Yde, 2000), est aussi évalué chez les travailleurs.

Quant aux postures de travail, leur prévalence est examinée, dans un premier temps, selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes. Ensuite, les liens entre la posture de travail générale (debout contre assise) et les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours, qu'elles soient reliées entièrement ou en partie au travail, sont examinés selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes. Les liens entre les douleurs et le niveau de contrainte de la posture sont également étudiés.

26.1 Aspects méthodologiques

26.1.1 Indicateurs

Les données utilisées pour les analyses proviennent principalement des questions 48 à 52 et 71 à 97 de la section VIII - Le travail, du questionnaire autoadministré (QAA), de même que des questions 52, 76 à 78, 162, 165, 168 et 171 des sections V, VI et XIV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI).

La population de référence de ce chapitre est constituée des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, tel qu'établi par la question suivante : « Occupez-vous présentement un emploi rémunéré (à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lockout? » (QAA48). Cette question sert d'introduction à la section et s'inspire d'une question utilisée dans l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*.

Caractéristiques générales des travailleurs

Les questions 49a à 49c et 50 à 52 du QAA et 162, 165, 168 et 171 du QRI concernent les caractéristiques générales des travailleurs. Les indicateurs retenus sont le type d'emploi (travaille à son compte, travaille pour un seul employeur, travaille pour plus d'un employeur) (QAA49a à QAA49c), la taille de l'entreprise dans laquelle œuvre le travailleur (20 travailleurs et moins, 21 travailleurs et plus) (QAA50), le statut de permanence (emploi temporaire, emploi permanent) (QAA51), le statut de syndicalisation (QAA52), le statut de l'emploi (temps plein à 28 heures et plus par semaine ou temps partiel à 27 heures et moins par semaine) (QRI168 et QRI171), ainsi que le type de profession (manuelle, non manuelle, mixte) (QRI165).

Les questions 49, 51 et 52 du QAA ont été conçues pour les besoins de l'enquête. La question 50 du QAA s'inspire d'une question de l'*Enquête sur la population active 1997* de Statistique Canada. Les questions 165 et 168 du QRI proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993;* la

question 171 du QRI provient de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Pour ce qui est du type de profession (QRI165), un nouveau système de classification des professions en trois catégories (professions manuelles, non manuelles et mixtes), développé par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (Hébert, 1996), a été utilisé. Cette classification tient compte de la nature du travail et de la capacité physique nécessaire pour répondre aux exigences de la tâche en regroupant les codes professionnels à quatre chiffres de la Classification canadienne descriptive des professions (Emploi et Immigration Canada, 1989).

L'ancienneté au travail (QRI162) a été analysée uniquement en fonction des accidents de travail avec blessures. Cette question provient de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Conditions de travail

Les questions 71 à 86 du QAA concernent les conditions de travail. La question 71 porte sur la fréquence des situations de tension vécues avec le public dans le cadre du travail. Les questions 72 à 85 portent sur l'organisation du travail et les risques ou contraintes physiques et chimiques auxquels le répondant peut être exposé dans le cadre de son travail, soit tout le temps, assez souvent, de temps en temps ou jamais. Les questions sur l'organisation du travail concernent l'horaire de travail irrégulier ou imprévisible (QAA72), l'horaire de travail de nuit (QAA73) et la rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (QAA75). Les questions sur les risques ou contraintes portent sur le travail répétitif des mains et des bras (QAA74), la manipulation de charges lourdes (QAA76), le fait de fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (QAA77), les vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras) (QAA78), les vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps) (QAA79), le bruit intense (QAA80), les poussières de farine (QAA81) ou de bois (QAA82), la fumée de soudage (QAA83), les solvants (QAA84) et les pesticides (QAA85). Enfin, trois dernières questions portent sur la violence physique au travail (QAA86a), l'intimidation au travail (QAA86b) et les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail (QAA86c), et ceux-ci, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

La question 71 provient du questionnaire complémentaire sur les conditions de travail de l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France. À l'exception de la question sur l'exposition au bruit intense (QAA80) qui s'inspire du questionnaire du *Second European Survey on Working Conditions* (*Eurobarometer 44.2*), les questions 72 à 85 sont une adaptation de celles du questionnaire de l'*Enquête sur la santé, le travail et le vieillissement* en France (Derriennic et autres, 1992). Les questions 86a à 86c s'inspirent de celles d'*Eurobarometer 44.2*, questionnaire du *Second European Survey on Working Conditions*.

Il est à noter que certaines analyses dans cette section ont été effectuées en utilisant l'indice d'autonomie décisionnelle (QAA53 à QAA61) et celui de la demande psychologique au travail (QAA61 à QAA70). Les questions sur l'autonomie décisionnelle au travail et celles sur la demande psychologique au travail sont des traductions d'échelles provenant du *Job Content Questionnaire* (Karasek, 1985). La traduction française de ces échelles a été validée par Larocque et autres (1998). Les données relatives à ces questions ont aussi été présentées dans le chapitre 27 - Environnement psychosocial au travail. Par ailleurs, les accidents de travail avec blessures au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ont été mesurés à l'aide de la question 52 du QRI qui provient de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Les données relatives à cette dernière question ont aussi été présentées dans le chapitre 15 - Accidents avec blessures.

Problèmes musculo-squelettiques

La prévalence des problèmes musculo-squelettiques chez les travailleurs québécois a été évaluée par le biais de trois séries de questions portant sur : a) les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée, b) les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et c) les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête.

Les questions concernant les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée (QRI76 à QRI78) proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987*. En 1998, des sous-questions (QRI76a à QRI76c, QRI77a et QRI78a à QRI78e) ont été ajoutées afin de mieux distinguer les régions touchées de la colonne et d'évaluer la prévalence d'autres problèmes des tissus mous.

Les questions concernant les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA90 à QAA95) et celles ressenties au cours des 7 jours (QAA96 à QAA97) ayant précédé l'enquête ont été élaborées à partir du questionnaire nordique développé par des chercheurs des pays scandinaves pour mesurer la prévalence des problèmes musculo-squelettiques (Kuorinka et autres, 1987). Ce questionnaire a été validé à plusieurs reprises (Andersson et autres, 1987; Ohlsson et autres, 1994). Les précisions concernant la durée de la douleur ressentie au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, sa relation avec le travail et son impact sur le travail (QAA91 à QAA95) ont été limitées à une seule partie du corps – celle dont la douleur a le plus dérangé le répondant dans ses activités au cours de la même période. Le répondant devait également indiquer s'il croyait que les douleurs ressenties au cours des sept derniers jours étaient reliées entièrement au travail ou en partie seulement, ou non reliées au travail (QAA97). La pertinence de mesurer la perception du lien entre la douleur musculo-squelettique et le travail a été démontrée par Johansson (Johansson, 1994; Johansson et Rubenowitz, 1994). Le fait d'exclure les individus conscients que leur douleur est due à d'autres causes que le travail (ex. : accident de voiture, sport ou toute autre activité), permet de mieux évaluer les liens entre les douleurs et le travail.

La prévalence de chacune des trois mesures de problèmes musculo-squelettiques a été évaluée selon le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle, le type de profession et l'exposition à des risques ou contraintes physiques au travail. Pour chaque contrainte au travail, la proportion des douleurs ressenties « assez souvent ou tout le temps » chez les personnes exposées « assez souvent ou tout le temps » à une contrainte quelconque a été comparée à celle observée chez les personnes qui ne sont « jamais » exposées. On a également comparé les douleurs ressenties « assez souvent ou tout le temps » chez les travailleurs manuels et les travailleurs non manuels.

Posture de travail

Les questions 87 à 89 du QAA concernent les postures de travail. La question 87 évalue la posture de travail générale (assise ou debout) au cours d'une journée de travail régulière. Les questions 88 et 89, qui évaluent les différents niveaux de contrainte des postures debout ou assise, donnent un portrait plus détaillé des diverses postures de travail. Ces questions s'inspirent de celles utilisées dans l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'INSEE en France.

Il est à noter que lors de l'analyse des données de ce chapitre, les catégories d'âge ont été ainsi regroupées : 15 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 49 ans et 50 ans et plus, et ce, afin de pouvoir tenir compte de l'âge ainsi que des problèmes musculo-squelettiques dans la population des travailleurs.

26.1.2 Portée et limites des données

Il faut rappeler ici que les données sur les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée provenant des questions QRI76 à QRI78 sont rapportées en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la fréquence de certains problèmes musculo-squelettiques est donc possible. Par ailleurs, les réponses aux questions QAA90 à QAA95 qui portent sur les douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête peuvent être l'objet d'un biais de mémoire et occasionner une sous-déclaration ou surdéclaration des lésions professionnelles. En effet, le biais de mémoire peut apparaître lorsque la période de rappel s'étend sur 12 mois (Landen et Hendricks, 1995). Cependant, la possibilité de ce biais est réduite lorsque la période de rappel est plus courte (Landen et Hendricks, 1995), comme c'est le cas pour les questions QAA96 et QAA97 portant sur les douleurs ressenties au cours des sept jours ayant précédé l'enquête.

Par ailleurs, il faut souligner la non-réponse relativement élevée (11,3 %) à la question sur l'identification de la partie du corps pour laquelle le travailleur a ressenti la douleur qui l'a le plus dérangé dans ses activités au cours des 12 derniers mois (QAA91). Plusieurs répondants à cette dernière question ont choisi plus d'une partie du corps et leurs réponses ont été exclues des analyses, ce qui a augmenté le taux de non-réponse partielle. Ces répondants étaient moins scolarisés et plus âgés que les autres.

Concernant l'exposition aux risques ou contraintes physiques au travail, il n'est pas possible de savoir si les relations constatées dans la présente enquête entre les problèmes musculo-squelettiques et ces contraintes reflètent une exposition plus élevée chez les personnes atteintes ou une différence dans la perception des contraintes chez ces dernières.

Lors de l'analyse des résultats sur la santé des travailleurs, on peut être tenté de penser que les différences entre les hommes et les femmes reflètent les spécificités physiologiques ou psychologiques des deux sexes (Stenberg et Wall, 1995; Messing et autres, 1998). Toutefois, il faut aussi tenir compte de la division sexuelle du travail rémunéré et des interactions entre les conditions de travail rémunéré et non rémunéré qui entraînent des réalités d'exposition très différentes pour les femmes et les hommes. Le même genre de considérations s'applique aux personnes d'âges différents (Derriennic et autres, 1992). Il faut donc être prudent lors de l'interprétation des différences d'âge ou de sexe.

Comme les données ont été recueillies par une enquête de type transversal, il est impossible de parler de causalité entre les conditions de travail et la santé des travailleurs. Les associations peuvent être diminuées par ce qu'on appelle « l'effet du travailleur en santé » (*healthy worker effect*) - ceux ayant des problèmes de santé ont pu quitter les milieux de travail ou être affectés à des postes moins difficiles (Kelsey et autres, 1986).

26.2 Résultats

26.2.1 Caractéristiques générales des travailleurs

Environ 59 % de la population québécoise de 15 ans et plus a un emploi rémunéré, soit approximativement deux hommes sur trois et une femme sur deux (tableau 26.1). Le groupe d'âge des 15-24 ans ainsi que celui des 50 ans et plus présentent des proportions de travailleurs rémunérés de 50 % et 33 % respectivement, ce qui est nettement plus faible que pour les catégories des 25-39 ans et des 40-49 ans, qui comptent toutes deux environ 79 % de travailleurs rémunérés. La proportion de travailleurs rémunérés n'est pas différente entre les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, mais elle le devient pour tous les autres groupes d'âge, à l'avantage des hommes.

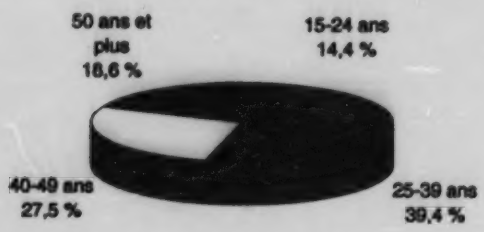
Tableau 26.1
Personnes occupant un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
15-24 ans	52,4	261
25-39 ans	84,3	718
40-49 ans	86,6	509
50 ans et plus	43,1	399
Total	**66,1**	**1 886**
Femmes		
15-24 ans	48,3	230
25-39 ans	72,6	611
40-49 ans	72,2	417
50 ans et plus	23,5	250
Total	**51,4**	**1 509**
Sexes réunis		
15-24 ans	50,4	491
25-39 ans	78,5	1329
40-49 ans	79,4	926
50 ans et plus	32,7	649
Total	**58,7**	**3 395**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lorsqu'on ne considère que les personnes occupant un emploi rémunéré, on retrouve 56 % d'hommes et 44 % de femmes (données non présentées). Le groupe des 15-24 ans représente environ 14 % des travailleurs rémunérés tandis que celui des 50 ans et plus en constituent 19 %, les deux tiers des travailleurs étant concentrés parmi les 25-49 ans (figure 26.1).

Figure 26.1
Population de 15 ans et plus ayant un emploi rémunéré selon l'âge, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Environ 76 % des personnes occupant un emploi rémunéré déclarent travailler pour un seul employeur comparativement à 17 % qui déclarent travailler à leur compte et à 7 %, pour plus d'un employeur (tableau 26.2). En ce qui concerne la taille de l'entreprise, on constate qu'environ 59 % des gens occupant un emploi rémunéré travaillent dans des entreprises de 21 employés ou plus et 41 %, dans des plus petites entreprises. Environ le tiers des travailleurs occupent un emploi syndiqué. De plus, la grande majorité des travailleurs disent occuper un emploi permanent (84 %) ou un emploi à temps plein (86 %) (tableau 26.3). Quant au type de profession, environ la moitié (51 %) des travailleurs œuvrent dans une profession non manuelle et le tiers (34 %) dans une profession manuelle; 16 % travaillent dans une profession mixte.

Les jeunes travailleurs de 15 à 24 ans présentent des caractéristiques liées à l'emploi différentes de celles des autres travailleurs (tableaux 26.2 et 26.3). De fait, les jeunes travailleurs sont proportionnellement moins nombreux à travailler à leur compte que les travailleurs des autres groupes d'âge (7 % c. 15 % à 26 %) ou à occuper un emploi syndiqué (20 % c. 33 % à 41 %). Par contre, ils sont, en proportion, plus nombreux à travailler pour plus d'un employeur (17 % c. 3,3 % à 7 %) ou à œuvrer dans des petites entreprises de 20 employés ou moins (51 % c. 39 % à 43 %) que leurs collègues des autres groupes d'âge. Ils sont également plus nombreux, en proportion, à occuper un emploi temporaire (35 % c. 12 % à 14 %), un emploi à temps partiel (39 % c. 9 % à 14 %) ou à œuvrer dans une profession manuelle (45 % c. 31 % à 34 %).

L'analyse par sexe est moins révélatrice. Seulement trois des caractéristiques étudiées présentent des écarts entre les femmes et les hommes (tableaux 26.2 et 26.3), soit le fait de travailler à son compte (12 % des femmes c. 21 % des hommes), d'occuper un emploi à temps partiel (22 % c. 8 %) ou d'œuvrer dans une profession manuelle (19 % c. 46 %).

Tableau 26.2

Type d'emploi, taille de l'entreprise et statut de syndicalisation selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Type d'emploi			Taille de l'entreprise		Statut de syndicalisation	
	Travaille à son compte	Travaille pour un seul employeur	Travaille pour plus d'un employeur	1 à 20 employés	21 employés ou plus	Syndiqué	Non syndiqué
	%						
Hommes	20,7	73,1	6,2	39,7	60,3	33,8	66,2
Femmes	12,4	80,1	7,6	43,6	56,4	33,1	66,9
Sexes réunis							
15-24 ans	6,5	76,8	16,7	50,6	49,4	19,8	80,2
25-39 ans	15,0	78,5	6,5	38,8	61,2	32,5	67,5
40-49 ans	19,2	76,4	4,4	39,5	60,5	41,4	58,6
50 ans et plus	26,2	70,5	3,3*	42,6	57,4	34,3	65,7
Total	**17,0**	**76,2**	**6,8**	**41,4**	**58,6**	**33,5**	**66,5**
Pe '000	**579**	**2 585**	**231**	**1 407**	**1 988**	**1 135**	**2 260**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 26.3

Statut de permanence, statut d'emploi et type de profession selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Statut de permanence			Statut d'emploi		Type de profession		
	Permanent	Temporaire	Autre	Temps plein (28 h/s et plus)	Temps partiel (27 h/s et moins)	Manuelle	Non manuelle	Mixte
	%							
Hommes	85,0	14,9	0,1**	92,3	7,7	45,8	41,4	12,8
Femmes	81,8	18,2	0,0**	78,4	21,6	18,6	62,2	19,2
Sexes réunis								
15-24 ans	64,8	35,3	–	60,9	39,1	45,2	33,3	21,5
25-39 ans	86,0	13,9	0,1**	90,7	9,3	32,0	54,1	13,9
40-49 ans	87,9	12,1	0,0**	91,3	8,7	30,9	53,1	16,0
50 ans et plus	86,5	13,3	0,2**	85,8	14,2	34,0	50,9	15,1
Total	**83,6**	**16,4**	**0,1****	**86,2**	**13,8**	**33,8**	**50,6**	**15,7**
Pe '000	**2 837**	**556**	**2**	**2 905**	**490**	**1 153**	**1 707**	**536**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

26.2.2 Conditions de travail

Organisation du travail

Environ 31 % des travailleurs déclarent œuvrer assez souvent ou tout le temps selon un horaire de travail irrégulier ou imprévisible, 10 % selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus et 10 % selon un horaire de nuit (tableau 26.4). Une proportion plus grande d'hommes que de femmes déclarent travailler assez souvent ou tout le temps selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (11 % c. 8 %) ou selon un horaire de travail irrégulier ou imprévisible (34 % c. 26 %) ou un horaire de nuit (14 % c. 6 %).

Proportionnellement plus de femmes de 15 à 24 ans que de 25 ans et plus travaillent assez souvent ou tout le temps selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (11 % c. environ 7 %, en moyenne, pour tous les autres groupes d'âge combinés) (tableau C.26.1). On constate également que proportionnellement plus de femmes de 15 à 24 ans que de femmes de 25 ans et plus sont exposées assez souvent ou tout le temps à l'horaire irrégulier ou imprévisible (38 % c. 23 % à 26 %). Ces phénomènes n'ont pas été constatés chez les hommes.

Risques ou contraintes physiques et chimiques

Dans l'ensemble, les expositions aux risques ou contraintes physiques et chimiques, assez souvent ou tout le temps, les plus fréquemment mentionnées par les travailleurs sont le travail répétitif des mains et des bras (21 %), la manipulation de charges lourdes (18 %), les efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (18 %), le bruit intense (13 %), les solvants (dégraisseurs, peinture à l'huile, vernis, colles, etc.) (10 %) ou les vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras) (9 %) (tableau 26.4). Les hommes sont, en proportion, plus nombreux que celles à être exposés assez souvent ou tout le temps aux risques physiques et chimiques, à l'exception de l'exposition au travail répétitif des mains et des bras. Les écarts les plus frappants s'observent pour l'exposition à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (28 % des hommes c. 7 % des femmes), à des vibrations provenant d'outils à main (15 % c. 2,1 %), à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (11 % c. 0,8 %), au bruit intense (19 % c. 4,7 %), aux poussières de bois (9 % c. 1 %) et aux fumées de soudage (8 % c. 0,6 %).

Comparativement aux autres groupes d'âge, une proportion plus élevée de travailleurs de 15 à 24 ans sont exposées assez souvent ou tout le temps au travail répétitif des mains et des bras (30 % c. 17 % à 20 %) et à la manipulation de charges lourdes (27 % c. 12 % à 20 %) (tableau C.26.2). Ces associations se maintiennent chez les hommes seulement.

Accidents de travail avec blessures

Dans l'ensemble, 2,9 % des travailleurs signalent avoir subi un accident de travail avec blessu-res au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.5). En proportion, plus d'hommes (3,9 %) que de femmes (1,5 %) ont déclaré avoir subi un accident de travail avec blessures, alors que selon l'âge, aucune association n'a été détectée. Parmi les personnes qui occupent un emploi manuel, 6 % ont été victimes d'un accident de travail avec blessures comparativement à 0,9 % et 2,2 % des travailleurs occupant des emplois non manuels ou mixtes. Par ailleurs, les personnes qui travaillent assez souvent ou tout le temps selon un horaire de nuit sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi un accident de travail avec blessures que celles qui ne travaillent pas la nuit (6 % c. 2,4 %). Dans le même sens, les personnes exposées assez souvent ou tout le temps aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol sont plus nombreuses, en proportion, à avoir été victimes d'un accident de travail avec blessures que celles qui ne sont jamais exposées à ce type de vibrations (10 % c. 2,1 %), phénomène également observé chez les personnes exposées aux solvants (6 % c. 2,3 %).

Tableau 26.4

Exposition à certaines conditions organisationnelles de travail et à des risques physiques et chimiques selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
		%	
Organisation du travail			
Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus			
Hommes	83,5	5,7	10,8
Femmes	88,8	3,3	7,9
Total	**86,9**	**4,6**	**9,5**
Horaire irrégulier ou imprévisible			
Hommes	32,4	33,2	34,4
Femmes	41,6	32,1	26,3
Total	**36,5**	**32,7**	**30,8**
Horaire de nuit			
Hommes	69,8	16,3	13,9
Femmes	87,8	6,4	5,8
Total	**77,8**	**11,9**	**10,3**
Risques physiques et chimiques			
Travail répétitif des mains et des bras			
Hommes	65,9	12,7	21,5
Femmes	71,0	8,6	20,4
Total	**68,2**	**10,9**	**21,0**
Manipulation de charges lourdes			
Hommes	51,7	23,7	24,6
Femmes	72,5	16,8	10,8
Total	**60,9**	**20,6**	**18,4**
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement			
Hommes	52,0	20,2	27,9
Femmes	83,9	9,5	6,6
Total	**66,2**	**15,4**	**18,4**
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)			
Hommes	68,5	16,6	14,9
Femmes	94,0	3,9	2,1
Total	**79,9**	**10,9**	**9,2**
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)			
Hommes	77,0	12,5	10,5
Femmes	98,0	1,2*	0,8*
Total	**86,4**	**7,5**	**6,2**
Bruit intense (obligeant à crier)			
Hommes	58,7	22,0	19,3
Femmes	86,9	8,4	4,7
Total	**71,3**	**15,9**	**12,8**
Poussières de farine			
Hommes	91,0	4,5	4,5
Femmes	94,3	3,2	2,5
Total	**92,5**	**3,9**	**3,6**
Poussières de bois			
Hommes	81,3	9,5	9,2
Femmes	97,4	1,6*	1,0*
Total	**88,5**	**6,0**	**5,6**
Fumées de soudage			
Hommes	77,6	15,0	7,5
Femmes	97,7	1,7	0,6**
Total	**86,6**	**9,1**	**4,4**
Solvants			
Hommes	64,9	21,3	13,9
Femmes	88,5	7,4	4,1
Total	**75,4**	**15,1**	**9,5**
Pesticides			
Hommes	91,0	7,2	1,9
Femmes	96,7	2,7	0,6**
Total	**93,5**	**5,2**	**1,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 26.5
Accidents de travail avec blessures selon le sexe, l'âge, le type de profession, l'horaire de travail de nuit et l'exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol et aux solvants, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Accident de travail avec blessures	Pas d'accident de travail
	%	
Hommes	**3,9**	**96,1**
Femmes	**1,5***	**98,5**
Sexes réunis		
15-24 ans	3,4*	96,6
25-39 ans	3,1	96,9
40-49 ans	2,6*	97,5
50 ans et plus	2,4*	97,7
Total	**2,9**	**97,1**
Pe '000	**97**	**3 298**
Type de profession		
Manuelle	6,1	93,9
Non manuelle	0,9*	99,1
Mixte	2,2*	97,8
Horaire de travail de nuit		
Jamais	2,4	97,6
De temps en temps	3,9*	96,1
Assez souvent ou tout le temps	5,5*	94,5
Exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)		
Jamais	2,1	97,9
De temps en temps	5,2*	94,8
Assez souvent ou tout le temps	10,4*	89,6
Exposition aux solvants		
Jamais	2,3	97,7
De temps en temps	3,9*	96,1
Assez souvent ou tout le temps	5,8*	94,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

À cause du nombre restreint d'accidentés du travail, l'analyse détaillée par sexe n'a pu être effectuée. Il est à noter qu'aucune association n'a été constatée entre le fait de subir un accident de travail avec blessures et la taille de l'entreprise, la rémunération au rendement, à la commission ou au bonus, ou l'ancienneté au travail.

Fréquence des situations de tension vécues avec le public

La majorité des travailleurs québécois (environ 82 %) sont en contact avec le public, soit 79 % des hommes et 86 % des femmes (tableau 26.6, somme des catégories de gens en contact avec le public). Plus du quart des travailleurs (27 %) disent vivre souvent ou très souvent des situations de tension avec le public; lorsqu'on ne considère que les travailleurs en contact avec le public, cette proportion monte à environ 33 % (données non présentées). Selon le sexe, on observe que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir vécu ces situations souvent ou très souvent (29 % c. 25 %) (tableau 26.6). Selon l'âge, on note des proportions plus élevées chez les travailleurs de 50 ans et plus comparativement à ceux de 15 à 39 ans (32 % c. 23 % à 25 %).

Tableau 26.6
Fréquence des situations de tension vécues avec le public selon le sexe, l'âge, l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Pas de contact avec le public	Jamais ou rarement	De temps en temps	Souvent ou très souvent
		%		
Hommes	20,9	27,4	26,3	25,4
Femmes	14,4	25,8	30,9	28,9
Sexes réunis				
15-24 ans	19,5	34,6	23,1	22,8
25-39 ans	19,5	26,9	29,0	24,7
40-49 ans	16,8	24,0	30,2	29,0
50 ans et plus	15,6	24,0	28,6	31,9
Total	**18,0**	**26,7**	**28,4**	**26,9**
Pe '000	**611**	**905**	**963**	**916**
Autonomie décisionnelle au travail				
Élevée	12,1	25,0	32,0	30,9
Faible	24,6	26,2	25,7	23,5
Demande psychologique au travail				
Élevée	17,6	20,7	28,2	33,5
Faible	20,3	30,0	28,8	20,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lorsqu'on compare les gens ayant un niveau élevé à l'indice d'autonomie décisionnelle dans leur travail à ceux ayant un niveau faible à l'indice, on note que les premiers sont plus nombreux, en proportion, à avoir vécu souvent ou très souvent des situations de tension avec le public (31 % c. 24 %) (tableau 26.6). La même association s'observe pour les travailleurs ayant un niveau élevé à l'indice de demande psychologique dans leur travail (34 % c. 21 %). Aucun lien n'a été observé entre la fréquence des situations de tension vécues avec le public (souvent ou très souvent) et le type d'emploi ou le statut de syndicalisation.

Par ailleurs, on observe une association entre le fait d'avoir vécu des situations de tension avec le public et la perception que les travailleurs ont de leur santé mentale. Les gens ayant vécu de temps en temps, souvent ou très souvent des situations de tension avec le public sont plus nombreux, en proportion, à percevoir leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise que ceux qui n'ont jamais ou rarement vécu ces situations (8 % c. 5 %) (tableau 26.7). Chez les travailleurs qui n'ont pas de contact avec le public, 7 % d'entre eux perçoivent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise, ce qui ne diffère pas des autres travailleurs qui sont en contact avec le public. Une association existe aussi entre le fait d'avoir vécu des situations de tension avec le public et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (3,9 % c. 2,2 %). La proportion est de 2,9 % chez les travailleurs qui n'ont pas de contact avec le public, ce qui ne diffère pas des autres travailleurs ayant un contact avec le public. Aucun lien n'a été constaté entre les situations de tension vécues avec le public et la perception que les travailleurs ont de leur état de santé.

Tableau 26.7
Perception de la santé mentale et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Perception de la santé mentale			Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Oui	Non
			%		
Fréquence des situations de tension vécues avec le public					
Pas de contact avec le public	72,3	20,8	6,9	2,9*	97,1
Jamais ou rarement	77,1	17,9	5,0	2,2*	97,8
De temps en temps ou souvent ou très souvent	72,9	19,5	7,6	3,9	96,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Violence physique et intimidation au travail

Dans l'ensemble, environ 3 % des travailleurs québécois déclarent avoir subi de la violence physique, soit de temps en temps (2,7 %), ou souvent ou très souvent (0,3 %), au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.8). Autour de 18 % des travailleurs mentionnent avoir fait l'objet d'intimidation dans leur milieu de travail, soit de temps en temps (15 %), ou souvent ou très souvent (3 %), au cours de la même période. Proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont fait l'objet d'intimidation dans leur travail (20 % c. 17 %). La proportion de travailleurs ayant fait l'objet d'intimidation au travail diminue avec l'âge, passant de 22 % chez les 15-24 ans à 13 % chez les 50 ans et plus. Aucune différence n'a été constatée selon le sexe ou l'âge pour ce qui est de la violence physique au travail.

Tableau 26.8
Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail			Intimidation au travail		
	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent
			%			
Hommes	97,3	2,5	0,3**	83,3	13,7	3,1
Femmes	96,6	3,0	0,4**	80,5	16,6	3,0
Sexes réunis						
15-24 ans	96,7	2,8**	0,5**	78,0	18,0	4,0*
25-39 ans	96,7	3,1*	0,2**	80,6	16,2	3,2*
40-49 ans	97,0	2,7*	0,3**	83,0	14,2	2,9*
50 ans et plus	97,8	1,7**	0,6**	86,9	11,0	2,2**
Total	**97,0**	**2,7**	**0,3****	**82,0**	**15,0**	**3,0**
Pe '000	**3 293**	**91**	**12**	**2 786**	**506**	**103**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 26.9

Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail		Intimidation au travail	
	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent
	%			
Demande psychologique au travail				
Élevée	96,2	3,8	76,1	23,9
Faible	97,6	2,4	87,2	12,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Lorsqu'on examine les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de demande psychologique dans leur travail, on observe qu'elles sont plus nombreuses, en proportion, à avoir déclaré subir de temps en temps, souvent ou très souvent de l'intimidation au travail que celles présentant un niveau faible à l'indice (24 % c. 13 %) (tableau 26.9). Une association est également notée chez les personnes ayant signalé avoir subi de la violence physique au travail (3,8 % c. 2,4 %).

Par ailleurs, l'enquête montre une association entre le fait d'avoir subi de la violence physique ou de l'intimidation au travail et le niveau de détresse psychologique. En effet, lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail de temps en temps, souvent ou très souvent à ceux n'ayant jamais vécu cette expérience, on constate que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à afficher un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (29 % c. 19 %) (tableau 26.10). De la même façon, les gens ayant mentionné avoir fait l'objet d'intimidation au travail sont également plus nombreux, en proportion, à afficher un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux n'ayant jamais vécu cette expérience (35 % c. 16 %).

Tableau 26.10

Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Indice de détresse psychologique		Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Bas à moyen	Élevé	Oui	Non
	%			
Violence physique au travail				
Jamais	80,9	19,1	3,2	96,8
De temps en temps ou souvent ou très souvent	70,6	29,4	5,1**	94,9
Intimidation au travail				
Jamais	84,0	16,0	2,4	97,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	65,1	34,9	6,7	93,3

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Une association a été aussi notée entre l'intimidation au travail et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité. Environ 7 % des travailleurs ayant fait l'objet d'intimidation au travail de temps en temps, souvent ou très souvent déclarent avoir vécu des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité comparativement à 2,4 % de ceux n'ayant jamais vécu cette situation (tableau 26.10). Aucun lien n'a été détecté entre la violence physique au travail et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.

Aucune relation n'a été observée entre la violence physique au travail et la perception que les travailleurs ont de leur état de santé (tableau 26.11). Toutefois, on note une association entre la violence physique au travail et la perception que les travailleurs ont de leur santé mentale. En particulier, les travailleurs ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail de temps en temps, souvent ou très souvent ont tendance à être plus nombreux, en proportion, à percevoir leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise que ceux qui n'en ont jamais subi (11 % c. 7 %).

L'enquête révèle également que la perception de l'état de santé et celle de la santé mentale varient selon la variable de l'intimidation au travail (tableau 26.11). De fait, parmi les gens qui disent avoir fait l'objet d'intimidation au travail de temps en temps, souvent ou très souvent, environ 8 % perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais comparativement à 4,8 % de ceux qui n'en ont jamais subi. De la même manière, environ 12 % des travailleurs ayant été l'objet d'intimidation au travail perçoivent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise comparativement à 6 % de ceux qui n'en ont jamais subi.

Tableau 26.11
Perception de l'état de santé et de la santé mentale selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Perception de l'état de santé			Perception de la santé mentale		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%					
Violence physique au travail						
Jamais	61,8	32,8	5,4	74,4	19,0	6,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	54,0	38,3	7,7**	65,1	24,3	10,6*
Intimidation au travail						
Jamais	63,1	32,1	4,8	76,3	18,1	5,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	54,7	37,1	8,2	63,9	23,8	12,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Paroles et gestes à caractère sexuel non désirés au travail

Au Québec, environ 4,5 % des travailleurs déclarent avoir fait l'objet de paroles ou gestes à caractère sexuel, soit de temps en temps (3,7 %), ou souvent ou très souvent (0,8 %) dans le cadre de leur travail au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.12). Selon le sexe, on observe que 2 % des travailleurs et 8 % des travailleuses disent avoir fait l'objet de ces paroles ou gestes au travail. On observe aussi que la proportion des gens ayant subi des paroles ou gestes diminue avec l'âge, allant de 8 % chez les 15-24 ans à 2,2 % chez les 50 ans et plus. Puisque ce sont les femmes qui subissent en plus grande proportion des paroles ou des gestes à caractère sexuel, le reste de cette section leur est consacré.

Tableau 26.12
Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent
		%	
Hommes	98,0	1,6	0,4**
Femmes	92,4	6,4	1,3*
Sexes réunis			
15-24 ans	92,3	6,5*	1,2**
25-39 ans	94,7	4,2	1,0**
40-49 ans	96,8	2,7*	0,5**
50 ans et plus	97,8	1,7**	0,5**
Total	**95,5**	**3,7**	**0,8**
Pe '000	**3 243**	**125**	**27**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les paroles ou les gestes à caractère sexuel non désirés au travail, qu'ils surviennent de temps en temps, souvent ou très souvent, sont aussi associés à l'âge chez les femmes; la proportion passe de 13 % chez les 15-24 ans à environ 5 % chez leurs consœurs de 40 ans et plus (tableau 26.13).

Tableau 26.13
Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent
		%
Femmes		
15-24 ans	86,6	13,4
25-39 ans	91,5	8,5
40-49 ans	94,9	5,1*
50 ans et plus	95,5	4,5*
Total	**92,4**	**7,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par ailleurs, proportionnellement plus de femmes ayant subi des paroles ou des gestes à caractère sexuel non désirés au travail que celles n'ayant jamais vécu cette expérience présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (36 % c. 23 %) ou des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (10 % c. 4,1 %) (tableau 26.14). Aucune association n'a été constatée entre les paroles ou les gestes à caractère sexuel au travail et la perception que les femmes ont de leur état de santé ou de leur santé mentale.

Tableau 26.14
Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Indice de détresse psychologique		Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Bas à moyen	Élevé	Oui	Non
	%			
Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail				
Jamais	77,5	22,5	4,1	95,9
De temps en temps ou souvent ou très souvent	64,6	35,4	9,7*	90,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Concomitance de situations pénibles au travail

L'enquête a permis de faire ressortir la concomitance de certaines situations pénibles. Lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré avoir vécu des situations de tension avec le public souvent ou très souvent à ceux n'ayant jamais ou rarement vécu cette expérience, on constate que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir subi de la violence physique (7 % c. 0,9 %) ou de l'intimidation au travail (28 % c. 11 %), ou à avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans le cadre de leur travail (8 % c. 2,5 %) (tableau C.26.3). De la même façon, en comparant les personnes ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail à celles n'ayant jamais vécu cette situation, on observe que les premières sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi de l'intimidation au travail (68 % c. 16 %) ou à avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans leur travail (28 % c. 3,7 %). De plus, le fait d'avoir subi de l'intimidation au travail est également associé à une plus grande proportion de travailleurs ayant rapporté avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans le cadre de leur travail (16 % c. 1,9 %).

26.2.3 Problèmes musculo-squelettiques

Problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée

En regroupant les catégories de problèmes sérieux de dos ou de la colonne (10 %), d'arthrite ou de rhumatisme (4,7 %) et d'autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons (3,6 %), on constate qu'environ 15 % de l'ensemble des travailleurs déclarent avoir au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée (tableau 26.15). La prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge allant de 7 % chez les 15-24 ans à 24 % chez les 50 ans et plus.

Environ 2,8 % des travailleurs déclarent des problèmes sérieux au cou, 3,1 % au haut du dos et 8 % au bas du dos (tableau C.26.4). Environ 3,1 % des travailleurs signalent des problèmes d'usure des articulations ou d'arthrose. Autour de 2,3 % des travailleurs mentionnent des tendinites, des bursites ou des épicondylites, etc., 0,5 %, la compression ou le pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien (une lésion de pincement du nerf médian au poignet), etc. et 0,9 %, un autre problème sérieux des muscles, des os ou des articulations, comme par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée telle que la fibromyalgie, etc. Aucune différence n'a été constatée selon le sexe pour ces problèmes.

Tableau 26.15

Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Sérieux maux de dos ou de la colonne	Arthrite ou rhumatisme	Autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons	Au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée[1]
		%		
Hommes	10,1	4,1	3,5	15,2
Femmes	8,8	5,5	3,8	15,3
Sexes réunis				
15-24 ans	5,6	1,1**	1,5**	7,1
25-39 ans	9,2	2,8	3,2	13,3
40-49 ans	10,0	4,9	4,2	16,2
50 ans et plus	12,7	11,4	5,2	24,1
Total	**9,6**	**4,7**	**3,6**	**15,2**
Pe '000	**303**	**155**	**118**	**493**

1. Inclut les sérieux maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme et les autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée regroupés sont associés à certaines situations du travail, soit les efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (19 % chez les personnes exposées assez souvent ou tout le temps c. 14 % chez les personnes jamais exposées) et l'exposition aux vibrations provenant d'outils à main (22 % c. 14 %) (tableau 26.16). On note une tendance similaire chez les travailleurs exposés à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (21 % c. 15 %). Aucune association n'a été constatée entre les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée regroupés et le travail répétitif des mains et des bras ou la manipulation de charges lourdes.

Lorsqu'on considère la sous-catégorie de maux sérieux de dos ou de la colonne, on note que ces douleurs sont associées aux efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (13 % c. 9 %), à la manipulation de charges lourdes (12 % c. 9 %), aux vibrations provenant des outils à main (16 % c. 9 %) et aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (15 % c. 9 %).

Aucune association n'a été observée entre la ou les sous-catégories relatives aux autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons et l'exposition aux risques ou contraintes physiques au travail.

Tableau 26.16

Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon l'exposition à certains risques ou contraintes physiques au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Sérieux maux de dos ou de la colonne	Au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée[1]
	%	
Manipulation de charges lourdes		
Jamais	8,6	14,4
De temps en temps	9,7	14,9
Assez souvent ou tout le temps	11,9	17,7
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement		
Jamais	8,5	14,2
De temps en temps	9,4	14,2
Assez souvent ou tout le temps	13,0	19,2
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)		
Jamais	8,9	14,4
De temps en temps	9,5*	14,3
Assez souvent ou tout le temps	16,3	21,6
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)		
Jamais	9,0	14,7
De temps en temps	10,5	15,4
Assez souvent ou tout le temps	14,7	20,6

1. Inclut les sérieux maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme et les autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 12 mois

Dans l'ensemble, environ 83 % des travailleurs (2 800 000 personnes) déclarent avoir ressenti des douleurs importantes à au moins une région de leur corps, soit de temps en temps (37 %) ou assez souvent ou tout le temps (46 %), qui les ont dérangés dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois; près de 18 % des travailleurs (595 000 personnes) n'ont jamais éprouvé ces douleurs au cours de la même période (données non présentées).

Lorsqu'on ne considère que les douleurs ressenties assez souvent ou tout le temps ayant dérangé les travailleurs dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois, on constate qu'au niveau de la colonne vertébrale, environ 14 % de ceux-ci ont éprouvé des douleurs au cou, 14 % au haut du dos et 25 % au bas du dos (tableau 26.17). Près de 21 % des travailleurs ont ressenti des douleurs à au moins un site des membres supérieurs et 18 %, à au moins un site des membres inférieurs. Au niveau de la colonne vertébrale, proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir éprouvé des douleurs au cou (18 % c. 11 %) et au haut du dos (17 % c. 11 %) les ayant dérangées dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois. On constate également, qu'au niveau des membres supérieurs, proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont ressenti des douleurs aux épaules (15 % c. 11 %).

Au niveau des membres inférieurs, proportionnellement plus de femmes ont ressenti des douleurs aux jambes ou mollets (9 % c. 5 %) ou aux chevilles ou pieds (12 % c. 8 %) au cours de la même période.

Tableau 26.17

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Hommes	10,8	11,3	25,6	11,2	6,8	4,7	7,5	19,4	9,7	5,2	8,2	16,8
Femmes	17,6	16,7	23,5	14,6	7,2	3,7	8,3	22,0	8,1	8,6	11,6	19,4
Sexes réunis												
15-24 ans	12,2	15,7	31,2	10,3	5,9	2,3**	8,9*	19,1	12,8	6,8*	12,6	24,0
25-39 ans	13,1	12,6	23,6	11,4	4,8	3,0*	6,5	18,1	8,1	5,3	8,5	15,9
40-49 ans	15,3	14,8	23,3	14,5	8,7	5,7	7,8	22,5	7,7	7,0	8,6	16,4
50 ans et plus	14,4	12,7	23,9	14,7	9,7	6,5*	9,9	24,1	9,8	9,3	11,3	19,9
Total	**13,8**	**13,7**	**24,7**	**12,7**	**6,9**	**4,3**	**7,8**	**20,6**	**9,0**	**6,7**	**9,7**	**18,0**
Pe '000	**470**	**464**	**838**	**432**	**236**	**145**	**266**	**699**	**305**	**229**	**330**	**611**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Selon l'âge, les travailleurs de 40 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à avoir déclaré des douleurs aux épaules (15 % c. 10 % à 11 %) ou aux coudes (6 % à 7 % c. 2,3 % à 3 %). Par contre, les travailleurs de moins de 25 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à avoir des douleurs au bas du dos (31 % c. 23 % à 24 %) et aux genoux (13 % c. 8 % à 10 %).

Lorsqu'on compare les travailleurs présentant un excès de poids à ceux ayant un poids santé, on observe que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir ressenti des douleurs (assez souvent ou tout le temps) aux genoux (12 % c. 8 %) et aux chevilles ou aux pieds (12 % c. 9 %) les ayant dérangés dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.18). Il est à souligner qu'aucune association n'a été constatée entre les douleurs musculo-squelettiques et l'indice de masse corporelle pour les autres parties du corps. Selon le type de profession, la proportion des travailleurs ayant éprouvé des douleurs qui les ont dérangés dans leurs activités est considérablement plus élevée chez les personnes de professions manuelles que chez celles de professions non manuelles et ceci pour toutes les parties du corps étudiées, à l'exception du cou et des épaules. Par exemple, 30 % des travailleurs manuels déclarent avoir ressenti des maux au bas du dos contre 21 % des travailleurs non manuels. Les travailleurs manuels sont également plus nombreux, en proportion, à avoir éprouvé des douleurs à au moins un site des membres supérieurs que les travailleurs de professions non manuelles (26 % c. 18 %).

Tableau 26.18

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de masse corporelle et le type de profession, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant	15,4	15,6	24,6	12,3	6,0*	3,6*	7,5*	18,1	8,0*	8,2	7,9*	15,3
Poids santé	14,0	13,8	24,3	12,8	6,6	4,2	7,3	20,5	8,0	6,5	9,0	16,8
Excès de poids	12,8	12,8	25,9	13,1	8,2	5,0	9,3	22,2	11,8	6,6	11,9	21,5
Type de profession												
Manuelle	13,0	16,1	29,7	14,7	10,7	6,6	11,5	26,0	11,1	8,2	12,1	21,6
Non manuelle	14,9	12,1	21,1	11,9	4,5	2,8	5,7	17,7	7,0	4,8	7,0	13,7
Mixte	13,0	13,9	24,0	11,8	6,2	4,6*	6,5	18,8	9,3	9,2	13,3	22,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Plusieurs contraintes physiques au travail sont associées aux douleurs ressenties (assez souvent ou tout le temps) au cours d'une période de 12 mois (tableau C.26.5). Toutes les douleurs étudiées, sauf celles aux genoux, sont liées au travail répétitif des mains et des bras lorsque celui-ci se produit assez souvent ou tout le temps. On constate également que toutes les douleurs étudiées, sauf celles au cou, sont associées à la manipulation de charges lourdes, aux efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement et à l'exposition aux vibrations provenant d'outils à main lorsque ces contraintes se produisent assez souvent ou tout le temps. Enfin, toutes les régions du corps sont associées à l'exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol. De façon globale, pour chacune des contraintes physiques étudiées, lorsqu'on compare la catégorie d'exposition assez souvent ou tout le temps à la catégorie jamais, les différences observées sont généralement importantes pour les douleurs ressenties (assez souvent ou tout le temps) aux bras et aux avant-bras, aux poignets ou aux mains.

Rappelons que les précisions concernant la durée de la douleur ressentie au cours d'une période de 12 mois, sa relation avec le travail et son impact sur celui-ci ont été limitées à une seule partie du corps – celle dont la douleur a le plus dérangé la personne dans ses activités au cours de la même période. Parmi les travailleurs ayant éprouvé des douleurs au cours d'une période de 12 mois, la douleur qui les a le plus dérangés dans leurs activités est celle du bas du dos (35 %). Suit la douleur à au moins un site des membres supérieurs ou des membres inférieurs (19 % respectivement), ou encore, au cou (16 %) (tableau 26.19). Environ la moitié des travailleurs ayant déclaré une douleur qui les a le plus dérangés ont attribué celle-ci à leur travail, soit entièrement (24 %), soit en partie (28 %) (tableau C.26.6). Presque les deux tiers (63 %) des travailleurs avaient remarqué cette douleur la première fois il y a un an ou plus. Moins de 13 % l'avaient remarqué il y a moins de trois mois. La douleur la plus dérangeante a occasionné des absences du travail chez 11 % des personnes. Parmi ces travailleurs, 66 % ont été absents pour moins de trois semaines et 14 % pendant plus de trois mois (données non présentées). Environ 3,9 % des travailleurs déclarent qu'ils ont cessé de travailler complètement à cause de cette douleur (tableau C.26.6).

Tableau 26.19

Douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Hommes	13,2	7,1	39,6	8,8	1,7*	3,2*	5,6	19,3	8,6	2,7	7,0	18,3
Femmes	19,5	11,2	29,7	8,5	1,8*	1,6*	5,7	17,4	6,1	5,3	8,6	19,9
Total	**16,0**	**8,9**	**35,1**	**8,7**	**1,7**	**2,5**	**5,6**	**18,5**	**7,5**	**3,9**	**7,7**	**19,1**
Pe '000	**447**	**250**	**980**	**244**	**49**	**70**	**158**	**520**	**210**	**108**	**216**	**534**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Une proportion non négligeable d'entre eux ont vécu des changements de tâches ou de poste de travail à cause de leur douleur : environ 13 % ont modifié leur poste de travail, 11 % ont changé de tâches ou de façon de travailler et 5 % ont diminué les heures de travail. Un autre 1,3 % a changé d'emploi dans la même entreprise.

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de sept jours

La prévalence des douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours est similaire à celle des douleurs qui ont dérangé les activités au cours d'une période de 12 mois. Les maux du bas du dos sont prédominants, touchant 25 % des travailleurs (tableau 26.20).

Tableau 26.20

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours selon la partie du corps et le sexe et douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Douleurs ressenties au cours d'une période de 7 jours				Douleurs perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail			
	Hommes	Femmes	**Total**	Pe	Hommes	Femmes	**Total**	Pe
	%			'000	%			'000
Colonne vertébrale								
Cou	13,4	21,7	**17,2**	581	7,9	12,6	**10,0**	338
Haut du dos	12,0	18,7	**15,0**	508	8,1	12,2	**10,0**	338
Bas du dos	24,2	25,9	**25,0**	848	15,7	14,4	**15,1**	514
Membres supérieurs								
Épaules	12,3	16,2	**14,1**	478	7,4	9,9	**8,5**	290
Bras	5,9	8,2	**6,9**	237	3,9	5,1	**4,4**	151
Coudes	5,1	4,7	**4,9**	169	3,0	2,4	**2,8**	94
Avant-bras, poignets ou mains	7,6	10,2	**8,8**	300	5,5	6,5	**5,8**	198
Au moins un site de douleur	18,6	23,0	**20,6**	701	11,8	14,4	**13,0**	442
Membres inférieurs								
Genoux	10,6	10,0	**10,4**	353	5,6	3,5	**4,6**	158
Jambes ou mollets	5,9	11,0	**8,2**	278	3,5	6,4	**4,8**	163
Chevilles ou pieds	8,7	13,4	**10,8**	369	5,2	7,4	**6,2**	209
Au moins un site de douleur	17,5	21,2	**19,2**	652	10,0	11,0	**10,4**	355

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les douleurs à au moins un site des membres supérieurs ont été déclarées par 21 % des travailleurs, celles à au moins un site des membres inférieurs par 19 % et celles au cou, par 17 %. Proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir éprouvé des douleurs au cours d'une période de sept jours au cou (22 % c. 13 %) et à au moins un site des aux membres supérieurs (23 % c. 19 %). De façon générale, entre la moitié et les deux tiers des douleurs sont perçues comme étant reliées au travail, soit en partie ou entièrement (données non présentées).

Des associations existent entre les douleurs au bas du dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées en partie ou entièrement au travail, et plusieurs contraintes physiques au travail (tableaux C.26.7, C.26.8 et C.26.9). Par exemple, lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré qu'ils font du travail répétitif des mains et des bras assez souvent ou tout le temps, dans le cadre de leur emploi, à ceux qui n'en font jamais, les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir ressenti des douleurs aux membres supérieurs (à au moins un site) perçues comme étant reliées à leur travail (23 % c. 9 %) (tableau C.26.8). De la même façon, les travailleurs qui manipulent des charges lourdes sont plus nombreux, en proportion, à avoir éprouvé des douleurs au bas du dos (26 % c. 11 %), à au moins un site des membres supérieurs (21 % c. 10 %) ou des membres inférieurs (18 % c. 7 %) que les travailleurs qui ne manipulent jamais de charges lourdes (tableaux C.26.7, C.26.8 et C.26.9). Aucune association n'a été constatée entre ces contraintes physiques et les douleurs des mêmes régions du corps perçues comme étant non reliées au travail.

26.2.4 Posture de travail

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et professionnelles

Plus de la moitié (59 %) de la population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré travaille surtout en position debout, et environ 41 % en position assise (tableau 26.21). Lorsqu'on ne considère que les travailleurs en position debout, on constate que seule une faible proportion d'entre eux ont la possibilité de s'asseoir à volonté, soit environ un sur six (données non présentées). Parmi le groupe des travailleurs œuvrant surtout en position assise, 77 % ont la possibilité de se lever à volonté (données non présentées). Il y a donc proportionnellement moins de personnes ayant des contraintes posturales parmi celles qui travaillent surtout en position assise comparativement à celles travaillant surtout en position debout.

En proportion, plus d'hommes que de femmes travaillent surtout en position debout (64 % c. 54 %) (tableau 26.21). La posture de travail varie également selon les groupes d'âge. Comparativement aux autres groupes d'âge, une proportion plus élevée de jeunes de 15 à 24 ans travaillent surtout en position debout (81 % c. 53 % à 58 %). Ces jeunes sont également plus nombreux, en proportion, à avoir la possibilité d'effectuer de longs déplacements (31 % c. 19 % à 22 %) ou de courts déplacements (28 % c. environ 16 %) comparativement aux autres groupes d'âge. Une proportion moins élevée de jeunes travailleurs œuvrent dans une posture assise avec la possibilité de se lever à volonté (15 % c. 33 % à 39 %). Aucune association n'a été observée entre l'excès de poids et la posture de travail pour l'ensemble des travailleurs.

On observe un lien important entre la posture de travail et la manipulation de charges lourdes. Une proportion plus élevée de gens qui soulèvent des charges lourdes de temps en temps, assez souvent ou tout le temps, dans le cadre de leur emploi, travaillent surtout en position debout plutôt qu'en position assise (82 % c. 18 %) (tableau 26.21). Les gens qui manipulent des charges lourdes au travail sont proportionnellement plus nombreux à œuvrer en position debout avec possibilité d'effectuer de longs déplacements ou de courts déplacements que ceux qui ne soulèvent jamais de charges lourdes (38 % et 24 % c. 12 % et 14 % respectivement). Ils sont également plus nombreux, en proportion, à avoir déclaré qu'ils n'ont pas la possibilité de se déplacer ou qu'ils peuvent seulement piétiner (en faisant un pas ou deux) (9 % c. 6 %).

Tableau 26.21

Posture de travail générale selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Posture générale		Posture détaillée[1]						
			Posture debout				Posture assise		
	Debout	Assise	Avec possibilité de s'asseoir à volonté	Avec de longs déplacements	Avec de courts déplacements	Sans possibilité de se déplacer sauf pour piétiner[2]	Avec possibilité de se lever à volonté	Avec possibilité de se lever occasionnellement	Sans possibilité de se déplacer
	%								
Hommes	63,5	36,6	10,4	26,5	17,6	7,1	29,4	6,5	2,4*
Femmes	54,1	45,9	9,7	17,1	18,5	7,3	37,8	8,9	0,7**
Sexes réunis									
15-24 ans	80,7	19,3	10,5	31,2	27,9	9,9	14,7	4,4*	1,4**
25-39 ans	56,4	43,6	10,4	22,3	16,4	5,8	35,9	8,1	1,3*
40-49 ans	53,1	46,9	8,6	20,2	16,3	6,8	39,0	7,6	1,6*
50 ans et plus	58,1	41,9	11,6	18,5	16,3	8,6	33,1	8,9	2,7*
Total	**59,3**	**40,7**	**10,1**	**22,3**	**18,0**	**7,2**	**33,2**	**7,6**	**1,7**
Pe '000	**2 015**	**1 380**	**355**	**779**	**629**	**253**	**1 079**	**246**	**55**
Manipulation de charges lourdes									
Jamais	41,7	58,3	9,7	12,4	14,0	5,7	46,9	9,5	1,9*
De temps en temps ou assez souvent ou tout le temps	82,2	17,8	10,8	37,8	24,4	9,3	12,0	4,5	1,3*

1. Les pourcentages des postures détaillées ne concordent pas avec ceux des postures générales debout ou assises pour l'ensemble des travailleurs en raison de la non-réponse partielle aux questions sur les postures détaillées.
2. Posture debout fixe sans possibilité de se déplacer ou posture debout en piétinant avec possibilité de faire un pas ou deux.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

De plus, une proportion moins élevée de ceux qui manipulent des charges lourdes travaillent dans une posture assise avec la possibilité de se lever à volonté comparativement à ceux qui ne soulèvent jamais de charges lourdes (12 % c. 47 %).

Douleurs musculo-squelettiques et posture de travail générale

Les douleurs ressenties au bas du dos au cours d'une période de sept jours et perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail sont associées à la posture de travail générale. Ainsi, environ 19 % des travailleurs qui œuvrent surtout en posture debout déclarent avoir des douleurs au bas du dos qu'ils associent entièrement ou en partie au travail, contre 10 % des travailleurs qui œuvrent surtout en posture assise (tableau 26.22). On observe des proportions semblables chez les hommes (19 % c. 10 %) ainsi que chez les femmes (18 % c. 11 %). Les douleurs aux membres inférieurs sont également liées à la posture de travail. Les proportions de gens ayant mentionné des douleurs aux jambes (ou mollets), aux genoux et aux chevilles (ou pieds) sont plus élevées parmi ceux qui travaillent surtout en position debout que parmi ceux qui travaillent surtout en position assise (7 %, 7 % et 10 % c. 1,5 %, 1,3 % et 1,1 % respectivement). Bien qu'on ait de faibles effectifs, on note des associations similaires tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 26.22

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la posture de travail générale et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs			
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
			%		
Hommes					
Debout	19,4	4,9	7,8	7,6	14,2
Assis	9,9	1,3**	1,8**	1,2**	3,1*
Total	**15,9**	**3,5**	**5,6**	**5,2**	**10,1**
Femmes					
Debout	17,6	10,5	5,8	12,8	17,9
Assis	10,9	1,8**	0,8**	1,1**	2,9*
Total	**14,5**	**6,5**	**3,5**	**7,4**	**11,1**
Sexes réunis					
Debout	18,7	7,2	6,9	9,7	15,8
Assis	10,4	1,5*	1,3*	1,1*	3,0
Total	**15,3**	**4,9**	**4,6**	**6,2**	**10,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Au total, au cours d'une période de sept jours, proportionnellement plus de personnes qui travaillent surtout en position debout plutôt qu'en position assise déclarent avoir des douleurs aux membres inférieurs (au moins un site de douleur) qu'elles associent comme étant entièrement ou en partie reliées au travail (16 % c. 3 %). Selon l'âge, la relation entre les douleurs au bas du dos ou aux membres inférieurs et la posture de travail demeure significative (tableau C.26.10).

En général, l'association entre les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours (perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail) et la posture de travail persiste tant chez les gens qui manipulent des charges lourdes que chez ceux qui ne manipulent jamais de charges lourdes dans le cadre de leur travail (tableau C.26.11). Seul l'écart entre la posture debout et la posture assise concernant les douleurs aux jambes, chez le groupe qui manipule des charges lourdes, ne s'avère pas significatif.

Douleurs musculo-squelettiques et contrainte posturale

Les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, varient également selon le niveau de contrainte de la posture debout (tableau 26.23).

Tableau 26.23

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position debout, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs			
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
			%		
Debout avec possibilité de s'asseoir à volonté	11,7	3,5**	4,2**	5,3**	9,5
Debout avec de courts déplacements ou déplacements plus longs	19,5	7,6	7,3	10,0	16,2
Debout fixe sans possibilité de se déplacer ou en piétinant avec possibilité de faire un pas ou deux	22,7	9,9*	8,6*	13,0*	20,6
Total	**16,5**	**7,2**	**6,9**	**9,6**	**15,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La proportion de gens ayant éprouvé des douleurs au bas du dos est moins élevée chez ceux qui ont la possibilité de s'asseoir à volonté que chez ceux des autres catégories de contraintes de la posture debout (12 % c. 20 % à 23 %) (tableau 26.23). La proportion de gens ayant ressenti des douleurs aux jambes (ou mollets) ou aux chevilles (ou pieds), et donc à au moins un site de douleur des membres inférieurs, est également moins élevée chez ceux qui ont la possibilité de s'asseoir à volonté que chez ceux des autres catégories (10 % c. 16 % à 21 %).

Enfin, on observe parmi les gens qui travaillent surtout en position assise, une proportion moins élevée de douleurs au bas du dos chez ceux qui peuvent se lever à volonté que chez ceux des autres catégories de contraintes de la posture assise (9 % c. 14 % à 23 %) (tableau 26.24).

Tableau 26.24

Douleurs ressenties au bas du dos, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position assise, Québec, 1998

	Bas du dos
	%
Assise avec possibilité de se lever à volonté	9,1
Assise avec possibilité de se lever occasionnellement	13,7
Assise sans possibilité de se déplacer	23,2*
Total	**10,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Chez la population québécoise de 15 ans et plus, 66 % des hommes et 51 % des femmes occupent un emploi rémunéré. Les travailleurs de 15 à 24 ans sont davantage exposés à des caractéristiques générales liées à l'emploi et à des conditions de travail défavorables (emploi temporaire, travail à temps partiel, faible syndicalisation, petite entreprise, profession manuelle, horaires irréguliers, travail répétitif des mains et des bras, manipulation de charges lourdes) par rapport aux autres groupes d'âge. Par ailleurs, les hommes sont exposés dans une plus grande proportion que les femmes à certaines conditions d'organisation du travail défavorables et à des risques ou contraintes physiques et chimiques, alors que les femmes sont davantage exposées que les hommes à des paroles et gestes à caractère sexuel dans leur milieu de travail. Une étude plus poussée pourrait permettre de discerner si ces situations découlent de la répartition inégale des sexes dans l'emploi.

Une analyse ultérieure des données par secteur d'activité économique et par catégorie professionnelle pourrait permettre d'identifier des secteurs et des professions névralgiques pour l'intervention en matière de prévention.

Certaines conditions de travail telles que le travail de nuit et l'exposition à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps), ou aux solvants, semblent être associées à un potentiel d'accidents de travail accru. D'autres caractéristiques du milieu de travail telles que la taille de l'entreprise, l'ancienneté des travailleurs, la rémunération au rendement ou d'autres facteurs d'organisation du travail, n'ont pu être associées, dans cette enquête, à une augmentation du risque d'accident de travail. Ce genre de renseignements, non disponibles à partir des statistiques d'indemnisation de la CSST, méritent d'être approfondis dans le cadre d'études plus spécifiques qui tiendraient compte, entre autres, des secteurs d'activité économique.

La majorité des travailleurs québécois (82 %) sont en contact avec le public et le tiers parmi eux disent vivre souvent ou très souvent des situations de tension avec ce public. Cet aspect des relations avec le public est à peine connu et les facteurs selon lesquels la perception de la tension est modulée devraient être explorés.

Au total, 3 % des travailleurs québécois rapportent avoir été l'objet de violence physique au travail, soit de temps en temps, souvent ou très souvent, au cours d'une période de douze mois. L'intimidation au travail est signalée par la plus grande proportion de travailleurs au cours de la même période, soit par 18 % d'entre eux. Les paroles ou gestes sexuels non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Malgré le fait que les effectifs soient trop faibles pour documenter de façon précise ces phénomènes au travail, les effets potentiels sur la santé d'une exposition à ces difficultés pourraient être importants. Par exemple, l'enquête a permis de constater que les travailleuses subissant des attentions sexuelles non désirées sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ou à avoir déclaré des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité que les travailleuses ne signalant pas ce genre de situation.

Cette enquête est l'une des premières études populationnelles du Québec qui vérifie la prévalence d'un ensemble de problèmes musculo-squelettiques chez les travailleurs. Environ 15 % de l'ensemble des travailleurs actifs ont des problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée et plus de la moitié de ces problèmes ont trait aux sérieux maux de dos ou de la colonne. Ces problèmes de longue durée augmentent avec l'âge. Lorsqu'on considère uniquement les douleurs musculo-squelettiques, une proportion plus importante de travailleurs déclarent avoir ressenti des douleurs les ayant dérangés dans leurs activités assez souvent ou tout le temps au cours d'une période de 12 mois; près d'un sur quatre a eu des maux au bas du dos et un sur cinq des douleurs

aux membres supérieurs. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail. La prévalence de certaines douleurs musculo-squelettiques est plus élevée chez les personnes de professions manuelles et chez celles qui sont exposées assez souvent ou tout le temps aux contraintes physiques comme, par exemple, le travail répétitif des mains et des bras ou la manipulation de charges lourdes. Les douleurs au bas du dos et aux genoux sont présentes chez une plus grande proportion de jeunes travailleurs. Néanmoins, les douleurs ressenties aux épaules et aux coudes sont présentes chez une plus grande proportion de personnes plus âgées et celles éprouvées au cou, au haut du dos, aux épaules, aux jambes ou mollets ou chevilles ou pieds sont présentes chez une plus grande proportion de travailleuses.

Bien que les méthodes de mesure varient d'une étude à l'autre, la prévalence des douleurs ressenties au bas du dos chez les travailleurs estimée dans la présente enquête (25 %) est très comparable à celle estimée pour les maux de dos liés au travail dans d'autres études de population canadiennes et internationales (entre 18 % et 28 %) (Cassidy et autres, 1998; Liira et autres, 1996; Guo et autres, 1999, 1995; Makela et autres, 1993, 1991; Hildebrandt, 1995a, 1995b; Hagen et Thune, 1998; Heran-Le Roy et autres, 1999). Dans l'étude américaine de Guo et autres (1999), 68 % de toutes les journées d'absence du travail pour maux de dos étaient reliées au travail – un constat semblable aux résultats de la présente enquête où environ les deux tiers des douleurs au haut du dos et 61 % des douleurs au bas du dos ressenties au cours d'une période de sept jours, ont été attribuées au travail.

Les résultats indiquent que les douleurs du bas du dos et des membres inférieurs sont associées à la posture de travail. Il y a proportionnellement plus de gens qui ont des douleurs parmi ceux qui travaillent debout, fait important puisque près de la moitié des Québécois en emploi travaillent debout. Les résultats montrent également qu'il est tout aussi important de considérer la contrainte posturale lorsqu'on étudie les effets de la posture de travail sur la santé. Plus on a la possibilité de varier sa posture, moins on a de douleurs.

Bien que cette étude permette, pour la première fois au Québec, de cerner certaines caractéristiques de l'état de santé des travailleurs en lien avec les conditions et expositions en milieu de travail, le caractère général de l'enquête limite l'étude des phénomènes plus complexes, que ce soit sur le plan du nombre de facteurs étiologiques ou sur le plan du raffinement des concepts sous-jacents. Ces phénomènes ne sauront être étudiés de façon satisfaisante que dans le cadre d'études plus spécifiques. Il y a encore un besoin pour une étude populationnelle permettant des analyses selon l'activité économique ou la profession détaillée et selon le sexe. De plus, il est souhaitable que les résultats de ce chapitre servent d'amorce à des analyses multivariées qui tiendraient compte d'autres variables (l'âge, l'indice de masse corporelle, la co-morbidité, etc.) à partir des informations recueillies dans cette enquête. De telles analyses permettraient l'évaluation de la prévalence des problèmes professionnels et des incapacités y étant associées. Les résultats de ces démarches pourraient aider à la prise de décisions éclairées quant aux priorités de surveillance appropriées à établir et à celles d'intervention en matière de prévention à élaborer en santé au travail. Ils serviraient également à mieux cibler ces interventions.

Éléments de réflexion pour la planification

Certains aspects de l'analyse méritent d'être signalés dans une optique de réflexion pouvant mener à la planification de recherches, de programmes ou d'interventions visant à mieux circonscrire des situations mal documentées, ou des problématiques en émergence.

Tout d'abord, il apparaît clairement que les travailleurs de 15 à 24 ans sont davantage exposés à des caractéristiques et à des conditions de travail pouvant être nocives pour leur santé et leur sécurité. Cette

problématique mériterait d'être examinée plus en détail sous l'angle du cumul de situations pénibles chez les jeunes travailleurs.

Un autre axe de réflexion devrait porter sur les troubles musculo-squelettiques, lesquels ressortent comme étant prédominants dans un contexte de santé au travail. Le regard sur ces problèmes devrait dépasser la problématique, quoique importante, des maux de dos causés par le soulèvement de charges lourdes, et porter sur un ensemble de lésions, d'expositions et de conditions de travail comprenant, entre autres, les postures, positions et mouvements.

Mentionnons finalement que les phénomènes de violence physique, d'intimidation et de gestes ou paroles à caractère sexuel non désirés sont des problématiques relativement nouvelles en santé au travail. Bien que cette étude amène un certain éclairage sur ces situations, des analyses subséquentes plus développées devraient permettre d'élaborer, de façon détaillée, une réflexion entourant la planification et la prise de décision quant à de futurs programmes de prévention et d'intervention en santé au travail sur ces problématiques.

Bibliographie

ANDERSSON, K., S. KAR LEHAGEN et B. JONSSON (1987). « The importance of variations in questionnaire administration », *Applied Ergonomics*, vol. 18, p. 229-232.

BERNARD, B. P. (éd.) (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and back*, Cincinnati, Ohio, US Department of Health and Human Services, centers for diseases control and prevention, National institute for occupational safety and health, pagination multiples.

BERTHELETTE, D. (1990). *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail*, Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 255 p. plus les annexes.

BERTHELETTE, D., et F. PLANCHÉ (1995). *Évaluation des programmes de sécurité dans les petites et moyennes entreprises*, Montréal, IRSST, 56 p.

BOMBARDIER, C., J.-A. BALDWIN et L. CRULL (1985). « The epidemiology of regional musculoskeletal disorders: Canada » dans HADLER, N., et D. B. GILLINGS (éd.) *Arthritis and Society: The Impact of musculoskeletal diseases*, Boston, Butterworth, p. 104-118.

CASSIDY, J. D., L. CARROLL et P. CÔTÉ (1998). « The Saskatchewan health and back pain survey, The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults », *Spine*, vol. 23, p. 1860-1867.

CHAN-YEUNG, M., et J. L. MALO (1994). « Aetiological agents in occupational asthma », *European Respiratory Journal*, vol. 7, p. 346-371.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (octobre 1995). « Priorités provinciales en matière de santé au travail pour 1996 », *Bulletin de liaison CSST-MSSS*, n° 1.

CONTRERAS, G. R., R. ROUSSEAU et M. CHAN-YEUNG (1994). « Occupational respiratory diseases in British Columbia, Canada in 1991 », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 51, p. 710-712.

DERRIENNIC, F., A. TOURANCHET et S. VOLKOFF (1992). « Enquête E.S.T.E.V. : un instrument d'étude des relations entre âge, santé et travail », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 53, n° 2, p. 79-89.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (1996). *Les accidents du travail au Canada (1991-1995) et leurs coûts*, Section des recherches et analyses, Ottawa, Direction générale du travail Ministre des Travaux publics et services gouvernementaux Canada, 30 p.

DUCHON, J. C., et T. J. SMITH (1993). « Extended workdays and safety », *International Journal of Industrial Ergonomics*, vol. 11, p. 37-49.

DUGUAY, P., et P. MASSICOTTE (1999). *Profil statistique des affections vertébrales survenues au Québec entre 1994 et 1996 et indemnisées par la CSST*, Montréal, rapport de recherche, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 197 p.

EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA (1989). *Classification canadienne des professions*, Ottawa, Direction générale des informations sur les professions et les carrières, Ministre des approvisionnements et services Canada, pagination multiples.

FINE, L. J., B. A. SILVERSTEIN, T. ARMSTRONG et autres (1986). « Detection of cumulative trauma disorders of upper extremities in the workplace », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 28, p. 674-678.

FLANNERY, R. B. Jr. (1996). « Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature », *Aggression and violent behavior*, vol. 1, n° 1, p. 57-68.

FRANÇOIS, M., et D. LIÉVIN (1986). « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », *Cahier de notes documentaires*, n° 124, INRS.

GUO, H.-R., S. TANAKA, L. CAMERON et autres (1995). « Back pain among workers in the United States: National estimates and workers at high risk », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 28, p. 591-602.

GUO, H.-R., S. TANAKA, W. HALPERIN et L. CAMERON (1999). « Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays », *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 1029-1035.

GUTEK, B. A., et M. P. KOSS (1993). « Effects of sexual harassment on women and organizations », *Occupational Medicine*, vol. 8, n° 4, p. 807-819.

HAGEN, K., et O. THUNE (1998). « Work incapacity from low back pain in the general population », *Spine*, vol. 23, p. 2091-2095.

HARTZ, A. J., M. E. FISCHER, G. BRIL, S. KELBER, D. RIPLEY Jr., B. OKEN et A. A. RIMM (1986). « The association of obesity with joint pain and osteoarthritis in the HANES data », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 39, n° 4, p. 11-19.

HÉBERT, F. (1996). *Les indicateurs de lésions en santé et sécurité du travail : analyse par secteur d'activité économique en 1991*, Montréal, IRSST, 201 p.

HERAN-LE ROY, O., I. NIEDHAMMER, N. SANDRET et A. LECLERC (1999). « Manual materials handling and relates occupational hazards: A national survey in France », *International Journal of Industrial Ergonomics*, vol. 24, p. 365-377.

HILDEBRANDT, V. (1995a). « Back pain in the working population: Prevalence in Dutch trades and professions », *Ergonomics*, vol. 38, p. 1283-1298.

HILDEBRANDT, V. (1995b). « Musculoskeletal symptoms and workload in 12 branches of Dutch agriculture », *Ergonomics*, vol. 38, p. 2576-2587.

HUNTING, K. L., C. M. MATANOSKI, M. LARSON et R. WOLFORD (1991). « Solvent exposure and the risks of slips, trips and falls among painters », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 353-370.

JEONG, B. Y. (1998). « Occupational deaths and injuries in the construction industry », *Applied Ergonomics*, vol. 29, n° 5, p. 355-360.

JOHANSSON, J. (1994). « Work-related and non-work-related musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics*, vol. 25, p. 248-251.

JOHANSSON, J., et S. RUBENOWITZ (1994). « Risk indicators in the psychosocial and physical work environment for work-related neck, shoulder and low back symptoms: A study among blue- and white-collar workers in eight companies », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 26, n° 3, p. 131-142.

KARASEK, R. (1985). « Job Content Questionnaire and User's Guide », *Los Angeles: Department of Industrial and System Engineering*, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 381 p.

KELSEY, J. L., W. D. THOMPSON et A. S. EVANS (1986). *Methods in observational epidemiology*, Monographs in Epidemiology and Biostatistics, New York, Oxford, Oxford University Press, vol. 10, 366 p.

KRIJNEN, R. M. A., et autres (1997). « Venous insufficiency in male workers with a standing profession, part 1: Epidemiology », *Dermatology*, vol. 194, n° 2, p. 111-120.

KUORINKA, I., et L. FORCIER (1995). *Les lésions attribuables au travail répétitif (LATR) : ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail*, Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, 510 p.

KUORINKA, I., B. JONSSON, A. KILBOM, H. VINTERBERG et F. BIERING-SORENSEN (1987). « Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics*, vol. 18, p. 233-237.

LAFLAMME, L., et E. CLOUTIER (1988). « Mechanization and risk of occupational accidents in the logging industry », *Journal of Occupational Accidents*, vol. 10, p. 191-198.

LANDEN, D. D., et S. HENDRICKS (1995). « Effect of recall on reporting at-work injuries », *Public Health Reports*, vol. 110, n° 3, p. 350-354.

LAROCQUE, B., C. BRISSON et C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de KARASEK », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 96, p. 371-381.

LAVILLE, A. (1985). « Postural stress in high-speed precision work », *Ergonomics*, vol. 28, n° 1, p. 229-236.

LEBOEUF-YDE, C. (2000). « Body weight and low back pain, a systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies », *Spine*, vol. 25, n° 2, p. 226-237.

LETZ, G. (1995). « Epidemiology of work injury » chap. 1 dans HERINGTON, T. N., et L. H. MORSE (éd.) *Occupational injuries: Evaluation, management and prevention*, Toronto, Mosby, p. 3-12.

LIIRA, J. P., H. S. SHANNON, L. W. CHAMBERS et T. A. HAINES (1996). « Long-term back problems and physical work exposures in the 1990 Ontario health survey », *American Journal of Public Health*, vol. 86, p. 382-387.

LOWDEN, A., G. KECKLUND, J. AXELSSON et T. AKERSTEDT (1998). « Change from an 8-hour shift to a 12-hour shift, attitudes, sleep, sleepiness and performance », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 24, suppl. 3, p. 69-75.

MAKELA, M., M. HELIOVAARA, K. SIEVERS, P. KNEKT, J. MAATELA et A. AROMAA (1993). « Musculoskeletal disorders as determinants of disability in Finns aged 30 years or more », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 46, p. 549-559.

MAKELA, M., M. HELIOVAARA, K. SIEVERS, O. IMPIVAARA, P. KNEKT et A. AROMAA (1991). « Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, p.1356-1367.

MAO, Y., R. SEMENCIW, H. MORRISON et autres (1987). « Increased rates of illness and death from asthma in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 137, p. 620-624.

MCNEIL, J. M. (1994). « Prevalence of disabilities and associated health conditions – United States, 1991-1992 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 43, p. 730-731, 737-739.

MEREDITH, S. K., et J. C. MCDONALD (1994). « Work-related respiratory disease in the United Kingdom, 1989-1992: Report on the SWORD project », *Occupational Medicine*, vol. 44, p. 183-189.

MESSING, K., et A. KILBOM (octobre 1999). « Standing and very slow walking: Foot pain-pressure threshold, subjective pain experience and work activity » dans *Proceedings of the Association of Canadian Ergonomists*, Hull, Québec, CD-ROM.

MESSING, K., et autres (1998). « Sex, a surrogate for some working conditions: Factors associated with sickness absence in French poultry slaughterhouses and canneries », *Journal of Occupational Health and Environmental Medicine*, vol. 40, p. 250-260.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec,192 p.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1998). *Work-related musculoskeletal disorders: A review of the evidence*, Washington, D.C., National Academy Press, 34 p.

OHLSSON, K., R. ATTEWELL, B. JOHNSSON, A. AHLM et S. SKERFVING (1994). « An assessment of neck and upper extremity disorders by questionnaire and clinical examination », *Ergonomics*, vol. 37, p. 891-897.

POSTER, E. C., et J. A. RYAN (1989). « Nurses' attitude toward physical assaults by patients », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. III, n° 6, p. 315-322.

PROVENCHER, S., F. LABRÈCHE et L. DE GUIRE (1997). « Physician based surveillance system for occupational respiratory diseases: The experience of PROPULSE, Québec, Canada », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 54, p. 272-276.

RYAN, G. A. (1989). « The prevalence of musculo-skeletal symptoms in supermarket workers », *Ergonomics*, vol. 32, n° 4, p. 359-371.

SALLIE, B. A., D. J. ROSS, S. K. MEREDITH et J. C. MCDONALD (1994). « SWORD'93, Surveillance of work-related and occupational respiratory disease in the UK », *Occupational Medicine*, vol. 44, p. 177-182.

SALMINEN, S. (1993). « The effect of company size on serious occupational accidents » dans NIELSEN, R., et K. JORGENSEN (éd.) *Advances in Industrial Ergonomics and Safety*, New York, Taylor & Francis, p. 507-514.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SEIDEL, H., et R. HEIDE (1986). « Long-term effects of whole-body vibration: A critical survey of the literature », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 58, p. 1-26.

SELIN, K., J. WINKEL et STOCKHOLM-MUSIC I STUDY GROUP (1994). « Evaluation of two instruments for recording sitting and standing postures and number of foot steps », *Applied Ergonomics*, vol. 25, n° 1, p. 41-46.

SIMARD, M., C. LÉVESQUE et D. BOUTEILLER (1988). *L'efficacité en gestion de la sécurité du travail : principaux résultats d'une recherche dans l'industrie manufacturière*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail, Montréal, Université de Montréal, 79 p.

STATISTIQUE CANADA (1997). *Dictionnaire du recensement de 1996*, Ottawa : industrie Canada, Recensement du Canada de 1996, n° 92-351-XPF au catalogue.

STENBERG, B., et S. WALL (1995). « Why do women report 'sick building symptoms' more often than men? », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 4, p. 491-502.

STOCK, S. R. (1997). *Portrait des lésions musculo-squelettiques ayant donné lieu à une indemnisation chez les travailleurs et les travailleuses de l'île de Montréal en 1991*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, pagination multiples.

TANAKA, S., D. WILD, P. SELIGMAN, V. BEHRENS, L. CAMERON et V. PUTZ-ANDERSON (1995). « The US prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome: 1988 National Health Interview Survey », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 27, p. 451-470.

TANAKA, S., D. WILD, P. SELIGMAN, W. HALPERIN, V. BEHRENS et V. PUTZ-ANDERSON (1994). « Prevalence and work-relatedness of self-reported carpal tunnel syndrome among US workers: Analysis of the occupational health supplement data of 1988 national health interview survey », *American Journal of Public Health*, vol. 84, p. 1846-1848.

VAN ROOSMALEN, E., et S. A. MCDANIEL (1998). « Sexual harassment in academia: a hazard to women's health », *Women's Health*, vol. 28, n° 2, p. 33-54.

VÉZINA, N., et A. LAJOIE (1996). « Le siège assis-debout : une solution de rechange à la posture debout statique », *Objectif Prévention* , vol. 19, n° 4, p. 38-41.

WHITTINGTON, R., et T. WYKES (1989). « Invisible injury », *Nursing Times*, vol. 85, n° 42, p. 30 et 32.

RENAUD, M., S. JUTRAS et P. BOUCHARD (avec la collaboration de L. GUYON et R. B. DANDURAND) (1987). « Être chef de famille monoparentale » dans *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, rapport présenté à la Commission Rochon, Montréal, Université de Montréal, GRASP, p. 195-249.

SAINT-JACQUES, M.-C. (1990). « Familles recomposées : qu'avons-nous appris au fil des ans? », *Service social*, vol. 39, p. 7-37.

STATISTIQUE CANADA (1998). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – les changements dans l'environnement familial », *Le Quotidien*, 2 juin, Ottawa, Statistique Canada, 4 p.

VISHER, E. B., et J. S. VISHER (1979). *Stepfamilies: A Guide to Working with Stepparents and Stepchildren*, Secaurus, The Citated Press.

Tableau C.26.1

Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus et horaire irrégulier ou imprévisible selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus			Horaire irrégulier ou imprévisible		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%					
Hommes						
15-24 ans	83,1	8,1*	8,8*	34,5	32,7	32,8
25-39 ans	82,6	6,4	11,1	32,6	32,9	34,6
40-49 ans	84,1	5,0	11,0	30,8	33,6	35,6
50 ans et plus	84,9	3,7*	11,4	32,8	33,5	33,7
Femmes						
15-24 ans	83,1	6,1*	10,8	28,0	34,5	37,6
25-39 ans	87,4	4,1	8,5	40,6	33,4	25,9
40-49 ans	92,0	1,7**	6,3	47,6	29,8	22,6
50 ans et plus	92,3	1,5**	6,2*	46,6	30,6	22,7
Sexes réunis						
15-24 ans	83,1	7,2	9,7	31,4	33,6	35,0
25-39 ans	84,8	5,3	9,9	36,3	33,1	30,6
40-49 ans	87,7	3,5	8,8	38,4	31,9	29,7
50 ans et plus	87,7	2,8*	9,4	38,0	32,4	29,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.2

Travail répétitif des mains et des bras et manipulation de charges lourdes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Travail répétitif des mains et des bras			Manipulation de charges lourdes		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
			%			
Hommes						
15-24 ans	51,6	13,3	35,2	32,5	27,9	39,6
25-39 ans	65,3	13,4	21,3	48,7	24,7	26,5
40-49 ans	68,6	12,9	18,5	55,0	23,4	21,7
50 ans et plus	73,2	10,6	16,2	66,5	19,2	14,3
Femmes						
15-24 ans	62,8	12,9	24,3	60,0	26,8	13,2
25-39 ans	73,3	8,2	18,5	74,2	14,6	11,3
40-49 ans	70,0	8,3	21,7	73,8	16,5	9,7
50 ans et plus	75,0	5,8	19,2	77,5	13,4	9,1*
Sexes réunis						
15-24 ans	56,8	13,1	30,1	45,3	27,4	27,3
25-39 ans	69,0	11,0	20,0	60,4	20,1	19,5
40-49 ans	69,2	10,8	20,0	63,5	20,3	16,2
50 ans et plus	73,9	8,8	17,4	70,7	17,0	12,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.3

Violence physique, intimidation et paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail		Intimidation au travail		Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail	
	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent
	%					
Fréquence des situations de tension vécues avec le public						
Pas de contact avec le public	98,8	1,2**	87,3	12,7	97,7	2,3*
Jamais ou rarement	99,2	0,9**	88,8	11,2	97,5	2,5*
De temps en temps	97,0	3,0	81,4	18,6	95,2	4,8
Souvent ou très souvent	93,5	6,5	71,8	28,2	92,3	7,7
Violence physique au travail						
Jamais	...	...	83,7	16,3	96,3	3,7
De temps en temps ou souvent ou très souvent	...	...	32,0	68,0	71,7	28,3
Intimidation au travail						
Jamais	98,9	1,2	...	...	98,1	1,9
De temps en temps ou souvent ou très souvent	88,7	11,3	...	...	83,7	16,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.4

Problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée détaillés, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	%
Sérieux maux de dos ou de la colonne	
Maux du cou	2,8
Maux du haut du dos	3,1
Maux du bas du dos	7,7
Total (au moins un problème)	**9,6**
Arthrite ou rhumatisme	
Usure des articulations ou arthrose	3,1
Total (au moins un problème)	**4,7**
Autres problèmes sérieux des os ou des articulations ou des muscles ou des tendons	
Tendinite, bursite, épicondylite, etc.	2,3
Compression ou pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien, etc.	0,5*
Autres problèmes sérieux des muscles, des os ou des articulations, par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée telle que la fibromyalgie, etc.	0,9
Total (au moins un problème)	**3,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.5

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Exposition à la contrainte indiquée		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%		
Travail répétitif des mains et des bras			
Cou	12,9	12,0	17,9
Épaules	10,5	12,9	19,7
Bras	4,4	8,8	14,1
Coudes	2,8	5,0	8,2
Avant-bras, poignets, mains	5,0	9,7	15,8
Haut du dos	11,7	14,0	19,9
Bas du dos	22,1	29,0	30,8
Genoux	7,9	11,1	10,5
Jambes, mollets	5,6	7,1	10,1
Chevilles, pieds	8,4	10,0	14,0
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	16,2	23,9	32,4
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	16,1	19,1	23,1
Manipulation de charges lourdes			
Cou	14,2	13,5	13,1
Épaules	11,7	12,4	16,6
Bras	5,3	6,3	13,0
Coudes	3,4	4,2	7,0
Avant-bras, poignets, mains	6,0	7,7	13,9
Haut du dos	12,1	13,3	18,8
Bas du dos	20,8	26,1	35,2
Genoux	7,0	10,4	13,2
Jambes, mollets	5,3	6,8	11,0
Chevilles, pieds	7,9	11,5	13,5
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	17,6	20,6	30,3
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	14,5	20,8	26,0
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement			
Cou	14,5	11,5	13,6
Épaules	12,1	11,6	15,9
Bras	5,3	7,1	12,7
Coudes	3,1	4,5	7,9
Avant-bras, poignets, mains	5,9	8,9	13,9
Haut du dos	12,6	13,1	17,8
Bas du dos	21,2	25,7	35,6
Genoux	7,2	9,3	14,4
Jambes, mollets	6,1	6,5	8,9
Chevilles, pieds	8,7	10,4	12,8
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	18,2	20,4	29,2
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	15,8	19,4	24,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.5 (suite)

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Exposition à la contrainte indiquée		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%		
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)			
Cou	13,9	12,0	15,9
Épaules	12,1	11,8	19,0
Bras	5,7	7,9	16,2
Coudes	3,5	5,0	9,8*
Avant-bras, poignets, mains	6,5	9,8	16,3
Haut du dos	13,0	12,2	21,0
Bas du dos	22,3	27,1	40,9
Genoux	8,0	11,2	13,4
Jambes, mollets	6,2	7,5	9,1*
Chevilles, pieds	9,2	9,6	13,6
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	18,8	21,8	33,6
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	16,7	19,2	25,4
Vibrations provenant de grosses machines,de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)			
Cou	13,9	11,9	15,7
Épaules	12,3	13,3	17,9
Bras	6,0	10,7	14,5
Coudes	3,7	7,7	6,8*
Avant-bras, poignets, mains	7,1	10,1	14,4
Haut du dos	13,0	15,0	20,2
Bas du dos	22,9	31,4	38,9
Genoux	8,2	12,6	13,6*
Jambes, mollets	6,3	7,1	11,4*
Chevilles, pieds	9,2	11,6	13,4*
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	19,5	23,3	31,6
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	17,1	21,5	24,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.6

Caractéristiques de la douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé et son impact sur le travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%
Délais depuis la première fois que la douleur a été remarquée	
Moins de trois mois	12,9
De trois mois à moins de six mois	10,7
De six mois à moins d'un an	13,3
De un an à moins de deux ans	14,4
Deux ans et plus	48,8
Durée totale d'absence du travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	
Aucun arrêt du travail	88,8
Moins de trois semaines	7,4
De trois semaines à moins de trois mois	2,3
De trois mois à moins de six mois	0,8
Durant six mois et plus	0,8
Croyance que la douleur soit reliée au travail	
Oui, reliée entièrement au travail	23,7
Oui, reliée en partie au travail	27,7
Non reliée au travail	32,9
Ne sait pas si reliée à son travail	15,7
A cessé de travailler complètement à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	3,9
A cessé de travailler temporairement à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	8,9
A changé d'employeur à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,0
A changé d'emploi dans la même entreprise à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,3
A changé de tâche ou de façon de travailler dans l'emploi régulier à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	11,1
A modifié son poste de travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	13,3
A réduit les heures de travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	5,0
A vécu d'autres changements au travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.7

Douleur musculo-squelettique ressentie au bas du dos, perçue comme étant reliée entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos				
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	Oui, douleur (total)
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	77,4	12,0	6,9	3,7	22,6
De temps en temps	69,4	20,4	6,7*	3,6*	30,6
Assez souvent ou tout le temps	69,5	22,9	4,2	3,4*	30,5
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	78,6	10,8	7,1	3,6	21,4
De temps en temps	71,1	18,2	6,3	4,3	28,9
Assez souvent ou tout le temps	67,3	26,3	3,8*	2,6*	32,7
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	77,2	11,7	7,4	3,7	22,8
De temps en temps	72,2	18,5	5,5	3,8*	27,8
Assez souvent ou tout le temps	69,2	24,8	3,1*	2,9*	30,8
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	76,5	12,9	7,0	3,7	23,6
De temps en temps	72,2	20,3	4,3*	3,3*	27,8
Assez souvent ou tout le temps	66,0	28,0	3,1*	3,0**	34,0
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	76,1	13,5	6,8	3,7	23,9
De temps en temps	68,5	26,5	2,8**	2,2**	31,5
Assez souvent ou tout le temps	68,2	24,8	3,8**	3,3**	31,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.8

Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres supérieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Membres supérieurs[1] (au moins un site de douleur)				
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	Oui, douleur (total)
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	82,3	9,4	6,1	2,2	17,7
De temps en temps	76,0	16,4	4,8*	2,9*	24,0
Assez souvent ou tout le temps	71,1	23,3	3,4*	2,3*	28,9
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	81,6	10,2	6,1	2,1	18,4
De temps en temps	77,6	14,7	5,3	2,5*	22,4
Assez souvent ou tout le temps	73,7	20,5	3,0*	2,9*	26,3
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	80,2	11,2	6,4	2,2	19,8
De temps en temps	79,5	13,9	3,9*	2,7*	20,5
Assez souvent ou tout le temps	75,6	19,0	2,9*	2,5*	24,4
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	80,4	11,4	6,0	2,2	19,6
De temps en temps	77,6	15,2	3,9*	3,3*	22,4
Assez souvent ou tout le temps	72,8	23,4	1,5**	2,1**	27,2
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	79,8	12,0	5,8	2,3	20,2
De temps en temps	76,1	19,9	2,1**	1,9**	23,9
Assez souvent ou tout le temps	75,5	19,5	2,8**	2,2**	24,5

1. Inclut les douleurs ressenties aux épaules, aux bras, aux coudes et aux avant-bras, aux poignets ou aux mains.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.9

Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours Québec, 1998

	Membres inférieurs[1] (au moins un site de douleur)				
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	Oui, douleur (total)
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	82,6	7,7	7,7	2,0	17,4
De temps en temps	78,9	13,7	5,6*	1,8**	21,1
Assez souvent ou tout le temps	76,0	17,3	4,7	2,0*	24,0
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	84,0	6,8	7,5	1,7	16,0
De temps en temps	76,8	14,1	6,3	2,7*	23,2
Assez souvent ou tout le temps	74,5	18,4	4,8	2,3*	25,5
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	82,0	8,1	7,9	1,9	18,0
De temps en temps	79,3	13,3	5,1	2,3*	20,7
Assez souvent ou tout le temps	77,4	16,1	4,0*	2,4*	22,6
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	81,6	9,0	7,5	2,0	18,4
De temps en temps	78,4	14,6	4,7*	2,3**	21,6
Assez souvent ou tout le temps	77,6	16,3	3,6*	2,5**	22,4
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	81,3	9,4	7,3	2,0	18,7
De temps en temps	78,5	15,3	4,1*	2,2**	21,5
Assez souvent ou tout le temps	77,1	16,0	2,3**	2,6**	22,9

1. Inclut les douleurs ressenties aux genoux, aux jambes ou mollets et aux chevilles ou pieds.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.10

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs[1] (au moins un site de douleur)
	%	
Posture de travail habituelle selon l'âge		
15-24 ans		
Debout	18,6	16,7
Assis	10,9*	1,5*
Total	**17,1**	**13,7**
25-39 ans		
Debout	18,4	13,7
Assis	9,7	2,6*
Total	**14,6**	**8,8**
40-49 ans		
Debout	19,3	17,0
Assis	12,3	3,2*
Total	**16,0**	**10,4**
50 ans et plus		
Debout	18,5	17,4
Assis	8,7*	4,3*
Total	**14,4**	**11,9**

1. Inclut les douleurs ressenties aux jambes ou aux mollets, aux genoux et aux chevilles ou aux pieds, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.26.11

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs			
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
		%			
Manipulation de charges lourdes selon la posture de travail générale					
Jamais					
Debout	13,0	6,8	4,4	8,5	13,1
Assis	9,4	1,0**	0,9*	0,9*	2,2*
Total	**10,9**	**3,5**	**2,4**	**4,1**	**6,9**
De temps en temps ou assez souvent ou tout le temps					
Debout	23,4	7,6	9,0	10,9	18,2
Assis	16,0	4,5**	3,5**	2,8**	7,3*
Total	**22,2**	**7,1**	**8,1**	**9,8**	**16,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chapitre 27

Environnement psychosocial du travail

Renée Bourbonnais
Département de réadaptation
Université Laval

Brigitte Larocque
Chantal Brisson
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Michel Vézina
Institut national de santé publique du Québec
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Denis Laliberté
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Introduction

La littérature scientifique démontre de plus en plus que certaines contraintes de l'environnement psychosocial du travail peuvent contribuer au développement de problèmes de santé physique et psychologique. Les contraintes psychosociales du travail les plus souvent étudiées sont celles décrites par le modèle de Karasek, soit une demande psychologique élevée, un faible niveau d'autonomie décisionnelle et, surtout, la combinaison de ces deux facteurs (Karasek et Theorell, 1990). Karasek suggère que la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible autonomie décisionnelle au travail joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé mentale (Karasek et Theorell, 1990). Par ailleurs, les personnes exposées à une demande élevée, mais bénéficiant également d'un niveau élevé d'autonomie qui leur permet d'apprendre et de participer, sont moins à risque de développer des problèmes de santé. Toutefois, lorsque la demande est très élevée, elle peut annuler l'effet protecteur de l'autonomie. Le modèle de Karasek suppose également que les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle accompagné d'une faible demande psychologique risquent de développer un sentiment d'impuissance qui les rende aussi susceptibles de souffrir de problèmes de santé (Karasek et Theorell, 1990).

L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a montré que certains indicateurs de santé et d'adaptation sociale sont associés à un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail (Santé Québec, 1995).

Des études réalisées en Europe et aux États-Unis auprès de différentes catégories de travailleurs ont démontré un lien entre une combinaison de demande élevée et de faible autonomie décisionnelle au travail et une augmentation des symptômes psychologiques comme la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel (Braun et Hollander, 1988; Landsbergis, 1988; Karasek et Theorell, 1990; Cree et Kelloway, 1993). Dans des études effectuées chez les cols blancs et les infirmières du Québec, l'exposition à l'une ou l'autre de ces contraintes et l'exposition simultanée aux deux étaient associées à une prévalence accrue de détresse psychologique et de consommation de psychotropes (Bourbonnais et autres, 1996; 1998). D'autres études ont indiqué que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie dans l'exécution de leur travail et une demande psychologique faible deviennent de plus en plus passives dans leur participation à des activités sociales, politiques ou de loisirs (Karasek et Theorell, 1990). La diminution de loisirs sociaux et le désengagement envers la vie sociale pourraient ainsi entraîner l'isolement social et, par le fait même, une baisse de soutien social, qui est

un déterminant de la santé. L'insuffisance de soutien social peut laisser l'individu dans une position vulnérable, propice à un déséquilibre psychologique. Le manque de soutien social a, entre autres, été associé à la négligence et à la violence envers les enfants (Conseil des affaires sociales, 1990). Par ailleurs, on a aussi constaté que le type d'emplois occupés traditionnellement par les femmes les expose davantage que les hommes à ces contraintes (Brisson et autres, sous presse; Larocque et autres, 1998).

Un des mécanismes suggérés pour expliquer le lien entre les contraintes psychosociales du travail et certains problèmes de santé est l'adoption de comportements nocifs pour la santé tels le tabagisme, la sédentarité et la consommation d'alcool en tant que moyens de s'adapter à la tension générée par ces contraintes ou de l'évacuer (Schnall et autres, 1994). Les résultats des études portant sur l'exposition combinée à un faible niveau d'autonomie et à une demande psychologique élevée et ces comportements nocifs pour la santé sont toutefois inconsistants.

Les axes de recherche présentés ici s'appuient sur les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances sur les déséquilibres psychologiques d'origine professionnelle dans le but de réduire les problèmes de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, [MSSS] 1992). Après une brève description de l'évolution de l'autonomie décisionnelle au travail entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998, le présent chapitre vise à établir la prévalence des contraintes de l'environnement psychosocial du travail telles qu'elles sont déclarées par les travailleurs québécois, ainsi qu'à mesurer l'association entre ces contraintes et certains indicateurs choisis en fonction de leur pertinence. Les résultats sont d'abord présentés pour l'ensemble de la population étudiée. Ils sont ensuite décrits selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité. De plus, les contraintes de l'environnement psychosocial sont mises en relation avec certains indicateurs de santé (perception de l'état de santé mentale et de l'état de santé générale, indice de détresse psychologique), ainsi qu'avec les indicateurs d'adaptation sociale que sont la satisfaction à l'égard de la vie sociale et le soutien social. Finalement, certains comportements de santé, soit l'usage du tabac, la consommation d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir, sont aussi évalués. Ces analyses sont réalisées pour la première fois au Québec.

27.1 Aspects méthodologiques

Les questions faisant l'objet du présent chapitre appartiennent à la section VIII du questionnaire autoadministré (QAA) qui porte sur le travail. La population étudiée est constituée des personnes de 15 ans et plus qui, au moment de l'enquête, occupaient un emploi et travaillaient 25 heures et plus par semaine; cette population est estimée à 2 961 000 Québécois (tableau C.27.1). Pour les fins de l'analyse propres au présent chapitre, les groupes d'âge retenus sont les suivants : 15-24 ans, 25-44 ans et 45 ans et plus.

27.1.1 Indicateurs

L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle. Elle porte d'abord sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles et, ensuite, sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent (Karasek et Theorell, 1990). Elle est mesurée par neuf questions (QAA53 à QAA61) provenant du « Job Content Questionnaire » (JCQ) (Karasek, 1985), qui a été développé à partir de l'enquête « The U.S. quality of employment surveys ». La demande psychologique au travail fait référence à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. Elle est mesurée par neuf questions (QAA62 à QAA70) provenant également du JCQ. Les qualités psychométriques de cette version du questionnaire ont été démontrées dans des échantillons représentatifs de travailleuses et travailleurs américains (Karasek et Theorell, 1990) et de travailleuses et travailleurs québécois (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998).

Les répondants au questionnaire devaient indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions, par

exemple « Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles » (QAA53), sur une échelle à quatre catégories de réponse allant de la cote 1 « fortement en désaccord » à la cote 4 « fortement en accord ». On a élaboré l'indice d'autonomie décisionnelle au travail à partir de l'addition des valeurs de la cote donnée par le répondant à chacune des neuf questions sur l'autonomie, après avoir préalablement inversé les cotes de la question QAA56 (dont le sens diffère des autres questions composant l'indice), tout en accordant un poids équivalent aux deux dimensions de l'autonomie décisionnelle : l'utilisation des qualifications (QAA53 à QAA56, QAA59, QAA61) et l'autorité décisionnelle (QAA57, QAA58 et QAA60). On a élaboré l'indice de demande psychologique au travail en additionnant d'abord les valeurs de la cote donnée aux questions sur la demande formulées en termes de contraintes (QAA62, QAA66 à QAA70), puis en soustrayant les valeurs de la cote donnée aux questions QAA63, QAA64 et QAA65, dont le sens diffère des questions précédentes puisque le libellé fait référence à l'absence de contraintes.

Comme dans les publications portant sur la validité de cet instrument (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998), les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990* (Santé Québec, 1994). Pour la demande psycho-logique, les répondants qui avaient un score inférieur à 9 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau faible de demande et les répondants qui avaient un score supérieur ou égal à 9 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau élevé de demande. Pour l'autonomie décisionnelle, les répondants qui avaient un score inférieur ou égal à 72 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau faible d'autonomie et les répondants qui avaient un score supérieur à 72 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau élevé d'autonomie. Une variable à quatre niveaux basée sur les variables dichotomiques de demande et d'autonomie a été créée pour désigner l'exposition combinée à la demande psychologique et à l'autonomie décisionnelle. Les personnes ayant une demande psychologique faible et une autonomie décisionnelle élevée (DP-AD+) ont été considérées comme les moins exposées; celles ayant une demande élevée et une autonomie faible (DP+AD-) ont été considérées comme les plus exposées; enfin, celles situées dans les deux autres catégories, c'est-à-dire les personnes exposées à une demande élevée mais ayant également une autonomie élevée (DP+AD+) et les personnes exposées à une demande faible et ayant également une autonomie faible (DP-AD-), ont été considérées comme ayant des expositions intermédiaires.

27.1.2 Comparabilité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*

La dimension de l'autonomie décisionnelle au travail ayant été étudiée dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, ces données ont été comparées à celles de la présente enquête selon l'âge et le sexe. Cela a permis de mesurer l'évolution de cette contrainte dans la population des travailleuses et des travailleurs québécois. Toutefois, aucune donnée sur la demande psychologique au travail n'étant disponible dans l'enquête de 1992-1993, la comparaison entre les deux enquêtes n'a pas été possible pour cette contrainte ni pour la combinaison des deux contraintes.

27.1.3 Portée et limites des données

Bien que le « Job Content Questionnaire » ne mesure pas toutes les contraintes du travail et encore moins les contraintes hors travail susceptibles de toucher davantage les femmes que les hommes, l'utilisation du modèle de Karasek dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* a permis au Québec de se joindre à un nombre important d'études réalisées sur deux décennies, dans différents pays (Karasek et autres, 1998). Utilisant un même modèle théorique, ces études permettent de mesurer l'effet des contraintes psychosociales du travail sur le risque, chez les travailleuses et les travailleurs, de développer des problèmes de santé sévères, particulièrement des maladies cardiovasculaires (Brisson, 2000; Belkic et autres, 2000). Il importe toutefois de souligner les principales lacunes du « Job Content Questionnaire ». D'abord, le caractère autorapporté des contraintes de l'environnement psychosocial de travail peut entraîner

un biais d'information. Cependant, cette mesure basée sur la perception qu'ont les travailleurs et les travailleuses de leur propre environnement de travail est souvent utilisée par les chercheurs et révèle une association plus forte avec la santé que des mesures plus objectives. De plus, son utilisation dans les devis transversaux limite la possibilité de mettre en évidence des relations de cause à effet entre ces contraintes et les problèmes de santé signalés.

Soulignons, par ailleurs, que le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour toutes les variables utilisées dans les analyses.

27.2 Résultats

27.2.1 Autonomie décisionnelle au travail

Le pourcentage de personnes qui présentent un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail en 1998 est de 56 % comparativement à 44 % en 1992-1993 (tableau 27.1). Il y a donc eu une augmentation significative de la proportion d'individus exposés à cette contrainte entre les deux enquêtes. Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 62 % des femmes et 51 % des hommes ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail comparativement à 50 % et 40 % en 1992-1993.

Tableau 27.1
Faible autonomie décisionnelle au travail, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
	%	
Hommes	40,3	51,3
Femmes	49,6	61,5
Sexes réunis		
15-24 ans	63,2	70,2
25-44 ans	44,6	55,0
45 ans et plus	36,5	51,9
Total	**44,1**	**55,5**

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'écart significatif entre les femmes et les hommes est demeuré stable entre les deux enquêtes. Le pourcentage de personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle diminue avec l'âge, autant en 1998 qu'en 1992-1993.

27.2.2 Combinaison de l'autonomie décisionnelle et de la demande psychologique au travail

Variations selon le sexe, l'âge et la scolarité relative

Le pourcentage de personnes exposées à la combinaison d'une faible autonomie et d'une demande psychologique élevée au travail en 1998 est de 23 % (21 % chez les hommes et 25 % chez les femmes) (tableau 27.2), alors que 20 % des personnes ne sont exposées à aucune de ces deux contraintes (21 % des hommes et 19 % des femmes). Enfin, environ 24 % des personnes sont exposées à une demande élevée combinée à une autonomie élevée (27 % des hommes et 20 % des femmes) et 33 % sont exposées à une demande faible combinée à une autonomie faible (31 % des hommes et 36 % des femmes). Les femmes sont exposées dans une proportion significativement plus grande à une faible autonomie, que celle-ci soit combinée à une demande élevée ou faible.

Bien que la différence entre les groupes d'âge ne soit pas statistiquement significative, le pourcentage de personnes exposées à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail diminue avec l'âge. Cette même tendance s'observe selon le sexe. Ainsi, toutes proportions gardées, les hommes et les femmes de 45 ans et plus sont moins exposés (18 % et 23 % respectivement) que les hommes et les femmes de 15 à 24 ans (28 % et 27 %). Par contre, la proportion des personnes exposées à une demande élevée, mais possédant en même temps une autonomie élevée, augmente de façon significative chez les hommes et les femmes entre le groupe des 15-24 ans (16 % et 11 %) et celui des 25-44 ans (29 % et 21 %).

Tableau 27.2

Contraintes psychosociales du travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	DP^- AD^+	DP^+ AD^+	DP^- AD^-	DP^+ AD^-
	%			
Hommes				
15-24 ans	15,1	15,9	41,1	28,0
25-44 ans	20,2	29,4	29,5	20,9
45 ans et plus	25,5	27,2	29,4	17,9
Total	**21,4**	**27,4**	**30,5**	**20,6**
Pe '000	**375**	**473**	**533**	**358**
Femmes				
15-24 ans	17,8*	10,5*	44,5	27,2
25-44 ans	18,3	20,8	35,2	25,7
45 ans et plus	19,1	22,1	35,7	23,1
Total	**18,5**	**20,2**	**36,2**	**25,1**
Pe '000	**226**	**245**	**444**	**307**
Sexes réunis				
15-24 ans	16,2	13,6	42,5	27,7
25-44 ans	19,4	25,8	31,9	23,0
45 ans et plus	23,1	25,2	31,8	19,9
Total	**20,2**	**24,4**	**32,9**	**22,5**
Pe '000	**601**	**718**	**977**	**665**

DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; – = faible.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'exposition aux contraintes du travail varie selon le niveau de scolarité, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 27.3). Ainsi, les hommes ayant la scolarité la plus faible sont, proportionnellement, les plus fréquemment exposés aux deux contraintes combinées (33 %). Dans les catégories de scolarité intermédiaires, soit les catégories faible, moyenne et élevée, la prévalence de l'exposition aux deux contraintes varie peu, se situant autour de 20 %. Les hommes ayant la scolarité la plus élevée sont proportionnellement moins exposés à un faible niveau d'autonomie, que la demande soit en même temps élevée (10 %) ou faible (17 %). La tendance est la même chez les femmes, bien que les seules proportions qui soient significativement différentes soient celles des femmes les moins scolarisées (34 %) par rapport aux femmes les plus scolarisées (19 %) lorsque les deux contraintes sont présentes, et 46 % contre 20 % lorsque la demande et l'autonomie sont faibles.

Tableau 27.3

Contraintes psychosociales du travail selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	DP^- AD^+	DP^+ AD^+	DP^- AD^-	DP^+ AD^-
	%			
Scolarité relative				
Hommes				
Plus faible	12,0	22,9	32,3	32,8
Faible	18,5	17,5	41,1	23,0
Moyenne	21,5	23,6	34,3	20,5
Élevée	22,9	27,9	30,0	19,2
Plus élevée	30,0	43,3	16,6	10,1
Femmes				
Plus faible	10,0*	10,6*	45,6	33,8
Faible	13,1	11,8	46,7	28,5
Moyenne	16,6	16,6	39,6	27,1
Élevée	22,7	19,5	36,7	21,1
Plus élevée	25,7	34,9	20,1	19,4

DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; – = faible.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

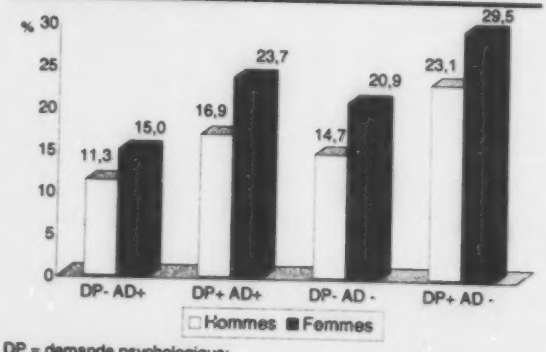
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

27.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé

La détresse psychologique, la perception de l'état de santé mentale et la perception de l'état de santé générale sont associées aux contraintes du travail tant chez les hommes que chez les femmes (figure 27.1).

Figure 27.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



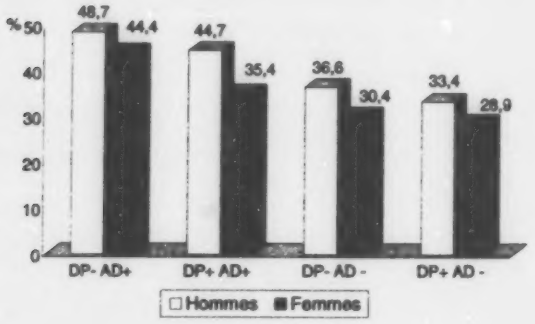
DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les hommes et les femmes exposés à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail sont significativement plus nombreux au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux et celles qui ont une demande faible et une autonomie élevée.

Les pourcentages d'hommes et de femmes se percevant en excellente santé mentale sont significativement moins grands dans les groupes exposés à une faible autonomie au travail, que la demande soit élevée ou faible, par rapport aux groupes ayant une autonomie élevée et une demande faible (figure 27.2).

Figure 27.2
État de santé mentale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

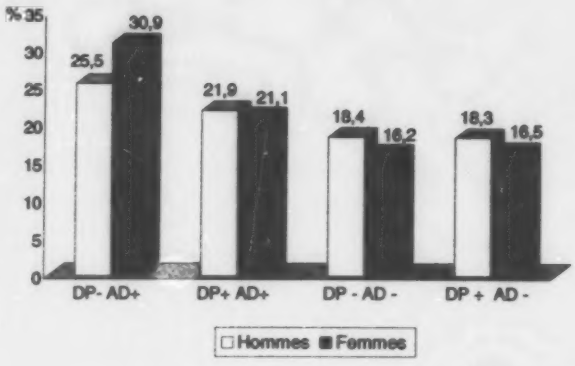


DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Chez les hommes, bien que les différences ne soient pas significatives, le pourcentage de ceux qui se perçoivent en excellente santé générale est plus important chez ceux qui ont une autonomie élevée que chez ceux qui ont une autonomie faible, que la demande soit faible ou élevée (26 % et 22 % c. 18 %) (figure 27.3). Chez les femmes, le même phénomène est observable et, cette fois, les différences entre les pourcentages sont significatives pour les femmes qui ont une autonomie faible (16 % et 17 %) comparativement à celles qui ont une autonomie élevée et une demande faible (31 %).

Figure 27.3
État de santé générale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



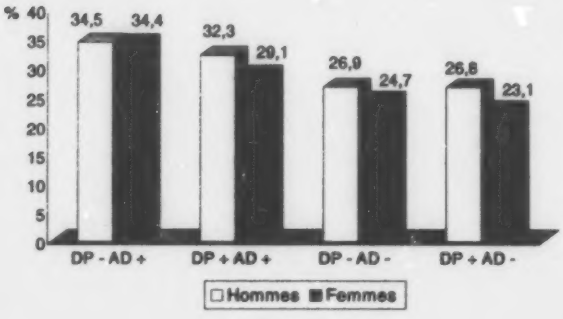
DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

27.2.4 Variations selon les indicateurs d'adaptation sociale

La satisfaction quant à la vie sociale est aussi associée aux contraintes du travail (figure 27.4).

Figure 27.4
Satisfaction élevée quant à la vie sociale selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

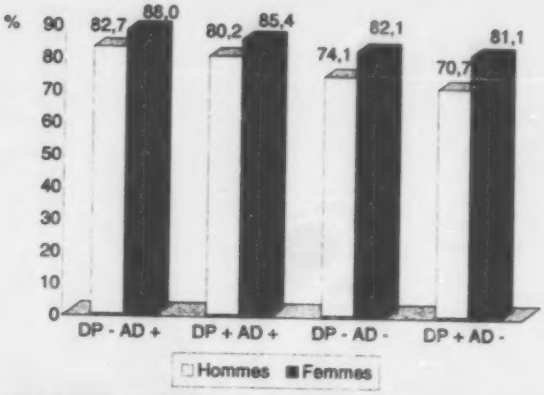


DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'indice de soutien social est également associé aux contraintes du travail chez les hommes (figure 27.5). En effet, chez ceux qui ont une autonomie élevée, 83 % et 80 % présentent un niveau de soutien social élevé comparativement à 71 % et 74 % chez ceux ayant une faible autonomie. Chez les femmes, la tendance va dans le même sens, sans être significative.

Figure 27.5
Niveau élevé à l'indice de soutien social, selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

27.2.5 Variations selon certains comportements de santé

Les analyses effectuées sur l'association entre l'exposition à une combinaison de demande élevée et de faible autonomie au travail, la consommation de tabac ou d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir n'ont démontré aucune association significative.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

En résumé, les chiffres semblent indiquer une augmentation de 12 % de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail pour la période allant de 1992-1993 à 1998. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à y être soumises et cette exposition est, plus souvent que chez les hommes, accompagnée d'une demande psychologique élevée. La proportion de personnes exposées simultanément aux deux contraintes du travail diminue avec l'âge et elle est importante chez les personnes les moins scolarisées. Les personnes exposées aux deux contraintes psychosociales du travail sont, en proportion, plus nombreuses à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. La perception de l'état de santé mentale et la perception de l'état de santé générale sont moins souvent qualifiées d'excellentes par les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie au travail. Le soutien social hors travail est plus grand chez les individus qui ont un niveau élevé d'autonomie au travail. Enfin, on ne détecte pas d'association significative entre les comportements de santé mesurés (le tabagisme, la consommation d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir) et l'exposition aux contraintes du travail.

L'augmentation importante du pourcentage de Québécois ayant une faible autonomie au travail durant les années 1992-1993 à 1998 devrait faire l'objet d'analyses ultérieures pour identifier les causes de cette augmentation et les comparer avec la situation d'autres populations. La diminution de l'autonomie au travail suggère que le pourcentage de Québécois exposés à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail a probablement également augmenté. Cette hypothèse devrait être vérifiée au moyen des données de l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990* (Santé Québec, 1994), dans laquelle les deux indicateurs ont été mesurés. De plus, le phénomène de la violence pourrait être étudié par l'entremise du cadre théorique des contraintes de l'environnement de travail. Une recherche récente a montré que des travailleurs et des travailleuses soumis à une faible autonomie au travail avaient tendance à exercer davantage de contrôle sur leur conjoint(e) que les travailleurs qui bénéficiaient d'une bonne autonomie décisionnelle (Stets, 1995). De plus, une enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 1996 fait ressortir un lien important entre la demande élevée et l'autonomie faible au travail d'une part et la prévalence de violence physique et d'intimidation au travail d'autre part (Vézina et

autres, 1999). Le lien établi par la présente enquête entre une faible autonomie au travail et un plus faible soutien social hors travail, de même qu'une satisfaction moins grande face à la vie sociale, est compatible avec celui établi par Karasek entre le travail passif et une réduction des loisirs sociaux (Karasek et Theorell, 1990). Ces résultats sont à mettre en relation avec une réduction du capital social dans la communauté, celui-ci consistant en l'engagement civique mesuré par la participation à des groupes ou associations et le niveau de confiance mutuelle entre les membres de la communauté. La réduction du capital social est en effet de plus en plus identifiée comme étant un facteur important de risque de morbidité et de mortalité dans la population (Kawachi et autres, 1998; 1999).

Éléments de réflexion pour la planification

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettraient de connaître l'évolution des secteurs d'activité et des emplois accroissant le risque de détresse psychologique depuis l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. En effet, au cours des dernières années, le monde du travail a connu des transformations majeures, notamment en raison des développements technologiques et de la compétitivité liée entre autres à la mondialisation des marchés et au réalignement du rôle de l'État. L'identification des groupes professionnels plus à risque de développer des problèmes de santé mentale, relativement aux contraintes de l'environnement psychosocial du travail, faciliterait la mise en place de mécanismes de prévention organisationnels. Une analyse des données de l'enquête *Santé Québec 1987* (Santé Québec, 1988) a permis d'identifier les secteurs d'activité économique et les emplois accroissant le risque de détresse psychologique (Vézina et Gingras, 1995). Parmi ceux-ci, on retrouve un nombre appréciable de cols bleus et de travailleurs qualifiés du secteur des services, au sein duquel la majorité du personnel est composée de jeunes, de femmes et de gens moins scolarisés (Conseil économique du Canada, 1990). Ces observations rejoignent celles présentées ici à l'effet que la détresse est plus élevée chez les personnes exposées à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie et que ces expositions s'observent plus fréquemment chez les jeunes, les femmes et les personnes les moins scolarisées.

Par ailleurs, le fait que l'exposition aux contraintes psychosociales du travail ne présente pas un gradient parfait selon la scolarité indique que cette exposition ne constitue pas directement un indicateur de statut socioéconomique et mérite par conséquent qu'on s'y intéresse davantage pour identifier les catégories d'emploi augmentant le risque des travailleurs de développer des problèmes de santé.

Pour pousser plus loin l'analyse des liens entre les contraintes psychosociales au travail et la santé mentale, il serait nécessaire d'envisager un volet longitudinal à l'*Enquête sociale et de santé*. En effet, dans la littérature portant sur les effets des contraintes psychosociales du travail sur la santé, on retrouve plusieurs hypothèses d'associations non vérifiées et plusieurs résultats inconsistants, ce qui pourrait être en partie expliqué par le devis transversal de ces études. Le devis longitudinal est le devis le plus solide pour mesurer de façon valide l'effet des facteurs de l'environnement psychosocial du travail sur le développement de problèmes de santé sévères comme les maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et de santé mentale (Checkoway et autres, 1989; Kasl, 1996.).

Enfin, les contraintes du travail visées par la présente enquête sont des caractéristiques précises, identifiables et modifiables de l'organisation du travail. Des études récentes réalisées en Suède (Karasek et Theorell, 1990; Levi, 1995) et en Hollande (Kompier, 1995) démontrent qu'il est possible de réduire ces contraintes par des interventions appropriées et que celles-ci s'accompagnent d'une diminution des symptômes physiques et psychologiques, d'une réduction de l'absence du travail et d'une augmentation de la motivation, de la satisfaction au travail et de la productivité des entreprises.

Les résultats présentés ici rejoignent l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* qui vise l'amélioration de la santé mentale (MSSS, 1992). En effet, ils appuient la préoccupation d'inclure, dans les

stratégies et voies d'action prioritaires, des interventions visant le soutien aux milieux de travail pour favoriser une demande équilibrée et la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décisions qui les concernent, de même que l'utilisation et le dévelop-pement de leurs habiletés et de leurs compétences. Cette recommandation vaut particulièrement pour les femmes qui, selon les données de la présente enquête, sont plus défavorisées que les hommes à cet égard.

Bibliographie

BELKIC, K., et autres (2000). « Psychosocial factors: Review of the empirical data among men » dans SCHNALL, P. L., K. BELKIC, P. LANSBERGIS et D. BAKER (éd.), *The workplace and cardiovascular disease, occupational medicine: State of the art reviews*, Philadelphia, Hanley and Belfus, vol. 15, n° 1, p. 24-46.

BOURBONNAIS, R., M. COMEAU, M. VÉZINA et G. DION (1998). « Job strain, psychological distress, and burnout in nurses », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, p. 18-20.

BOURBONNAIS, R., C. BRISSON, M. VÉZINA et J. MOISAN (1996). « Job strain and psychological distress in white collar workers », *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol. 22, p. 139-145.

BRAUN, S., et R. B. HOLLANDER (1988). « Work and depression among women in the Federal Republic of Germany », *Women and Health*, vol. 14, n° 2, p. 3-26.

BRISSON, C., et autres (1998). « Reliability and construct validity of the psychological demand and decision latitude scales of the Karasek Job Content Questionnaire », *Work & Stress*, vol. 12, n° 4, p. 322-336.

BRISSON, C., B. LAROCQUE et R. BOURBONNAIS (sous presse). « Les contraintes psychosociales chez les Canadiens et les Canadiennes », *Revue canadienne de santé publique*.

BRISSON, C. (2000). « Women, work and cardiovascular disease » dans SCHNALL, P. L., K. BELKIC, P. LANSBERGIS et D. BAKER (éd.), *The workplace and cardiovascular disease, occupational medicine: State of the art reviews*, Philadelphia, Hanley and Belfus, vol. 15, n° 1, p. 49-68.

CHECKOWAY, H., N. E. PEARCE et D. J. CRAWFORD-BROWN (1989). *Research Methods in Occupational Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 344 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (1990). *De la protection des enfants au soutien des parents*, Québec, Gouvernement du Québec.

CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1990). *L'emploi au futur : tertiarisation et polarisation, Un rapport de synthèse*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

CREE, T., et E. K. KELLOWAY (1993). « Stress, control and wellbeing: Searching for the effect », *Annual convention of the Canadian Psychological Association*, Montréal, Québec.

KARASEK, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Department of Industrial and System Engineering, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 381 p.

KARASEK, R., C. BRISSON, N. KAWAKAMI, I. HOUTMAN, P. BONGERS et B. AMICK (1998). « The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics », *Journal of Occupational Psychology*, vol. 3, n° 4, p. 322-355.

KASL, S. V. (1996). « The influence of the work environment on cardiovascular health: A historical, conceptual, and methodological perspective », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n° 1, p. 42-56.

KAWACHI, I., B. P. KENNEDY, K. LOCHNER et D. PROTHROW-STITH (1998). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, p. 1491-1498.

KAWACHI, I., B. P. KENNEDY et R. GLASS (1999). « Social capital and self-rated health: A contextual analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, p. 1187-1193.

KOMPIER, M. (1995). *Occupational and Health Administration Conference on Work, Stress, and Health*, Washington D. C., American psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health.

LANDSBERGIS, P. A. (1988). « Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 9, p. 217-239.

LAROCQUE, B., C. BRISSON et C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 96, p. 371-381.

LEVI, L. (1995). « Work, stress, and health overview and future directions: An international perspective », *Occupational and health administration conference on work, stress, and health*, Washington D. C., American psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. DAVELUY, L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR et A. ÉMOND (sous la direction de) (1994). *Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 159 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

SCHNALL, P. L., et autres (1994). « Job strain and cardiovascular disease », *Annual Review of Public Health*, vol. 15, p. 381-411.

STETS, J. E. (1995). « Job autonomy and control over one's spouse: A compensatory process », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 3, p. 244-258.

VÉZINA, M., et S. GINGRAS (1995). *Travail et santé mentale : les groupes à risque*, Rapport de recherche, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, 20 p.

VÉZINA, M., J. DOMPIERRE, N. JAUVIN et J. L. EDME (1999). « Violence physique et intimidation au travail dans les pays de l'Union européenne », *Actes du congrès international de psychodynamique et de psychopathologie du travail*, Paris, CNAM.

Tableau complémentaire

Tableau C.27.1
Répartition de la population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	Pe
	'000
Hommes	
15-24 ans	182
25-44 ans	964
45 ans et plus	593
Total	**1 739**
Femmes	
15-24 ans	135 *
25-44 ans	721
45 ans et plus	365
Total	**1 222**
Sexes réunis	
15-24 ans	317
25-44 ans	1 685
45 ans et plus	959
Total	**2 961**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 4 CONDITIONS SOCIALES

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance pri

Chapitre 28

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Sylvie Rheault
Direction de la recherche et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Caron
Service de l'actuariat et des analyses économiques
Régie de l'assurance maladie du Québec

Introduction

Le régime d'assurance maladie, qui a été mis en place au début des années 70, à la suite des recommandations de la Commission Castonguay-Neveu, visait en premier lieu à permettre à toute personne résidant au Québec, sans égard à son revenu, son lieu de résidence, son emploi, son âge, de recevoir les services de santé médicalement requis pour prévenir, traiter ou pallier ses problèmes de santé. L'adoption de diverses lois structurant notre régime d'assurance maladie reflète le fait que l'équité face à l'accès au système de soins est une valeur importante de la société québécoise (Desrosiers, 1999). Plus récemment, soit au 1er janvier 1997, le gouvernement rendait universelle la protection par une assurance pour les médicaments prescrits. Toutefois, contrairement au régime d'assurance maladie, le programme d'assurance médicaments n'est pas gratuit à l'accès.

La couverture des frais pour les services de santé est cependant incomplète. On se rappellera que plusieurs programmes complémentaires administrés par la Régie de l'assurance maladie, mais non universels, ont été progressivement instaurés au cours des années 70 et 80 pour offrir des services spécifiques (prothèses...) ou pour desservir des clientèles particulières (services dentaires aux enfants...). Toutefois, au fil des années 90, sous l'influence des crises financières de l'État, les clientèles admises et les services couverts ont été progressivement diminués et certains critères ont été resserrés (ex. : un examen dentaire par année seulement). Ainsi, ces services spécifiques ne sont actuellement couverts ou fournis gratuitement que pour les clientèles suivantes : les prestataires de la Sécurité du revenu (services dentaires, services optométriques, prothèses...), les personnes âgées (services optométriques), les enfants de 0 à 9 ans (services dentaires) et les enfants de moins de 18 ans (services optométriques). D'autres services ne sont couverts pour aucune personne résidant au Québec par le régime d'assurance public, tels les services de physiothérapie à l'extérieur du centre hospitalier, l'orthodontie, le recours à des psychologues en pratique privée... C'est aussi le cas pour les services d'acupuncture, de chiropractie... qui représentent un complément ou une alternative aux services de santé dits plus traditionnels (services médicaux, médicaments...).

Cette couverture incomplète peut donc entraîner, pour des personnes ayant des problèmes de santé, des dépenses supplémentaires. Une certaine iniquité peut alors apparaître envers les personnes ayant moins accès à des régimes d'assurance privés. Certains groupes de la population peuvent être plus touchés que d'autres. Cette couverture peut également constituer, pour les individus sans protection financière, un obstacle à l'utilisation de certains services que requiert leur état de santé. Plusieurs chercheurs ont observé que les personnes ayant des problèmes de santé et ne possédant pas d'assurance utilisaient peu ou pas les services que requiert leur état de santé (Burstin et autres, 1998; Franks et autres, 1993; Hafner-Eaton, 1993; Lohr et autres, 1986; Long et autres, 1998; Sorlie et autres, 1994). Toutefois, ces travaux ont porté principalement sur le recours aux services médicaux et

hospitaliers. Or, au Québec, toute la population est assurée par le régime public pour les soins médicaux et hospitaliers. De plus, dans l'ensemble du Canada, contrairement aux autres pays occidentaux, il n'est pas possible de détenir une assurance privée pour des services déjà offerts par le régime public. Ainsi, la question du recours à des services de santé en regard de la disponibilité ou non d'une assurance privée n'est pertinente que pour les services pratiqués en dehors de l'hôpital, par des professionnels de la santé autres que des médecins, tels les services dentaires, les services optométriques de même que pour tous les autres services peu ou pas couverts par les régimes publics (services de chiropractie, d'acupuncture, de psychologie en pratique privée...).

Enfin, des inquiétudes se sont manifestées face à l'augmentation de la part des dépenses de santé qui sont assumées privément. En effet, de 21 % des dépenses en 1975, les dépenses privées passaient à 31 % des dépenses de santé estimées en 1998 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Entre autres, le virage ambulatoire pourrait accentuer le recours à des ressources complémentaires privées pour les services posthospitaliers.

Les objectifs du présent chapitre consistent à comparer la couverture des frais de santé par une assurance privée selon certaines caractéristiques socioéconomiques, soit l'âge, le sexe, le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu. Également, le recours aux professionnels de la santé autres que des médecins est comparé entre les personnes possédant ou non une couverture d'assurance privée et entre les personnes ayant différentes perceptions de leur état de santé. Une estimation de la présence de déboursés effectués par les personnes ayant subi une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour est aussi réalisée.

28.1 Aspects méthodologiques

Le présent chapitre porte sur trois aspects, soit la couverture d'assurance pour les frais de santé, le recours aux professionnels de la santé autres que des médecins par les personnes assurées et par celles qui ne le sont pas et la présence de déboursés pour l'aide et les soins à domicile à la suite d'une chirurgie d'un jour ou d'une hospitalisation. Ces trois aspects sont analysés à partir du questionnaire rempli par l'intervieweur. Les données sur la couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé sont tirées de la section XII. Le recours aux professionnels autres que des médecins est mesuré à l'aide des questions provenant de la section III sur le recours aux services de santé ou aux services sociaux. Quant aux données relatives aux déboursés, elles proviennent de la section VII sur les chirurgies d'un jour et de la section VIII sur les hospitalisations.

28.1.1 Indicateurs

Le taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé correspond à la proportion de la population de tous âges qui bénéficie d'un régime d'assurance (QRI 141). On a aussi distingué le taux de couverture selon le type d'assurance privée, soit une police individuelle ou familiale obtenue dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, désignée ici comme un régime collectif privé, soit une police individuelle ou familiale obtenue auprès d'un courtier d'assurances, désignée alors comme un régime individuel privé (QRI 142 à QRI 144). Plusieurs sous-questions ont porté sur les services couverts par les régimes d'assurance privés. La proportion de la population couverte par une assurance privée pour les services suivants a ainsi pu être estimée : soins hospitaliers (ex. : frais de séjour pour une chambre privée ou semi-privée), médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste, soins dentaires, examens de la vue, lunettes et verres de contact et services fournis par certains professionnels (physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes...) (QRI 145 à QRI 150).

L'analyse décrit la relation entre le recours aux professionnels autres que des médecins et le taux de couverture des frais par un régime d'assurance privé. Rappelons que le recours aux professionnels est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant

précédé l'enquête. Le recours aux dentistes (QRI 18) est comparé entre les personnes ayant un régime d'assurance privé incluant les soins dentaires et celles qui n'en ont pas. Le recours aux ophtalmologistes, optométristes et opticiens (QRI 17 et 21) est comparé entre les personnes ayant une couverture pour les examens de la vue et celles qui n'en ont pas. Quoique médecins, les ophtalmologistes sont inclus dans la liste des professionnels retenus parce qu'ils effectuent des examens de la vue pouvant entraîner la prescription de lunettes. Enfin, le recours aux physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, aux autres personnes qui appliquent des traitements ou qui donnent des conseils de même qu'aux praticiens de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (naturopathes, ostéopathes, homéopathes, sages-femmes, etc.) (QRI 22 à QRI 26 et QRI 29) est comparé entre les personnes couvertes par un régime d'assurance privé incluant ces services et celles qui ne le sont pas. Pour l'analyse plus spécifique du recours selon la perception de la santé, portant sur la population de 15 ans et plus, toutes les données concernant le recours aux professionnels autres que des médecins ont été regroupées. Cependant, les travailleurs sociaux ont été exclus sur la base de l'hypothèse que le recours à leurs services était majoritairement effectué dans le secteur public.

L'occurrence de déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour est mesurée par la proportion de personnes qui ont effectué des déboursés pour de l'aide ou des soins à domicile parmi la population ayant vécu l'une ou l'autre de ces situations. Les faibles effectifs aux questions relatives aux déboursés ne permettent pas de traiter séparément les déboursés pour l'aide à domicile et pour les soins à domicile. Pour la même raison, aucune distinction n'a été faite entre les déboursés effectués à la suite d'une hospitalisation et ceux effectués à la suite d'une chirurgie d'un jour.

28.1.2 Comparabilité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*

Les questions sur le recours aux professionnels ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Quant aux questions sur la couverture des frais de santé et sur les déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, elles ont été conçues pour les besoins de la présente enquête à l'exception d'une seule, soit la question sur la couverture par une assurance privée (QRI 141) qui provient de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Quoique le libellé de cette question soit identique, le contexte réglementaire et légal n'est pas le même pour les deux enquêtes. En effet, en janvier 1997, le gouvernement du Québec mettait en place un régime obligatoire d'assurance médicaments. Dans cette loi, il est stipulé que lorsque l'un des deux conjoints détient, dans le cadre de son emploi ou par le biais d'une association professionnelle, une protection collective d'assurance privée dans le domaine de la santé, cette assurance doit comprendre le volet médicaments. De plus, l'assureur doit obligatoirement offrir la couverture d'assurance médicaments à l'autre conjoint, aux enfants et aux autres personnes à charge. En l'absence d'un régime collectif d'assurance privé, les individus doivent adhérer au programme public d'assurance médicaments.

Par ailleurs, il est également probable, sans qu'on puisse toutefois en estimer l'ampleur, que certains employeurs ou groupes autoassurés se soient retirés de la protection des assurances privées, en raison du nouveau programme d'assurance public pour les médicaments qui s'avère financièrement plus avantageux pour certaines catégories de la population. On peut connaître l'effet net, soit le pourcentage de la population qui est assurée, sans avoir la possibilité cependant d'identifier les sources du changement.

28.1.3 Portée et limites des données

La question relative à la couverture des frais de santé par une assurance privée semble avoir été bien comprise lorsque l'on examine les réponses, selon les résultats attendus. Ainsi, alors que la *Loi sur*

l'assurance médicaments oblige les assurances collectives à couvrir les médicaments prescrits, les résultats de l'enquête suggèrent que seulement 3,5 % des personnes se disent non couvertes pour les médicaments. On doit cependant s'attendre à une certaine méconnaissance des services couverts par le régime d'assurance privé, dans le cas des services peu fréquemment utilisés. Un sondage pancanadien réalisé par Hoechst Marion Roussel (1999) montrait, qu'au Québec, 57 % des employés estimaient comprendre leur régime d'assurance « extrêmement bien » ou « très bien ». Le pourcentage était plus faible au Québec que dans la plupart des autres provinces canadiennes.

L'enquête permet d'estimer le pourcentage de la population dont le contrat d'assurance couvre différents services, par exemple les soins dentaires, mais ne fournit pas l'information sur le degré de couverture de ces services (types de services, fréquence...), ni sur les frais encourus (franchises, copaiements...). Par ailleurs, puisque les régimes d'assurance couvrent généralement l'ensemble des membres d'une même famille, l'impact de la réponse par un tiers sur la validité des données est sans doute moindre que pour d'autres sujets, comme les problèmes de santé ou le recours à certains services.

Les questions QRI 151 et QRI 152, qui portent sur la couverture des frais de santé par le régime d'assurance public, semblent cependant avoir posé problème. Selon la question « Quelqu'un du foyer est-il inscrit au programme d'assurance médicaments du Québec? Si oui, qui? » (QRI 151), 35 % de la population serait inscrite à un tel programme. Parmi les personnes de 65 ans et plus, dont la presque totalité devrait être couverte par ce programme, seulement 69 % le seraient selon l'enquête. Par ailleurs, à la question « Quelqu'un du foyer est-il couvert par un autre programme d'aide sociale tel que la Sécurité du revenu, c'est-à-dire le bien-être ou l'aide sociale, ou la pension de la Sécurité de la vieillesse, qui paie, en partie ou en totalité, les soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires... ? Si oui, qui? » (QRI 152), 14 % de la population bénéficierait d'une telle couverture. Ce pourcentage est de 56 % pour les personnes de 65 ans et plus. Or, ce dernier pourcentage aurait dû s'approcher de 100 %, puisque les personnes de ce groupe d'âge reçoivent toutes la pension de la Sécurité de la vieillesse, ce qui les rend admissibles *de facto* à certains programmes publics tels ceux mentionnés dans la question QRI 152. Cette situation laisse croire que les estimations pour les autres groupes d'âge ne sont pas non plus valables. Pour ces raisons, les données sur le taux de couverture des frais de santé par le régime d'assurance public ne sont pas présentées.

28.2 Résultats

28.2.1 Taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

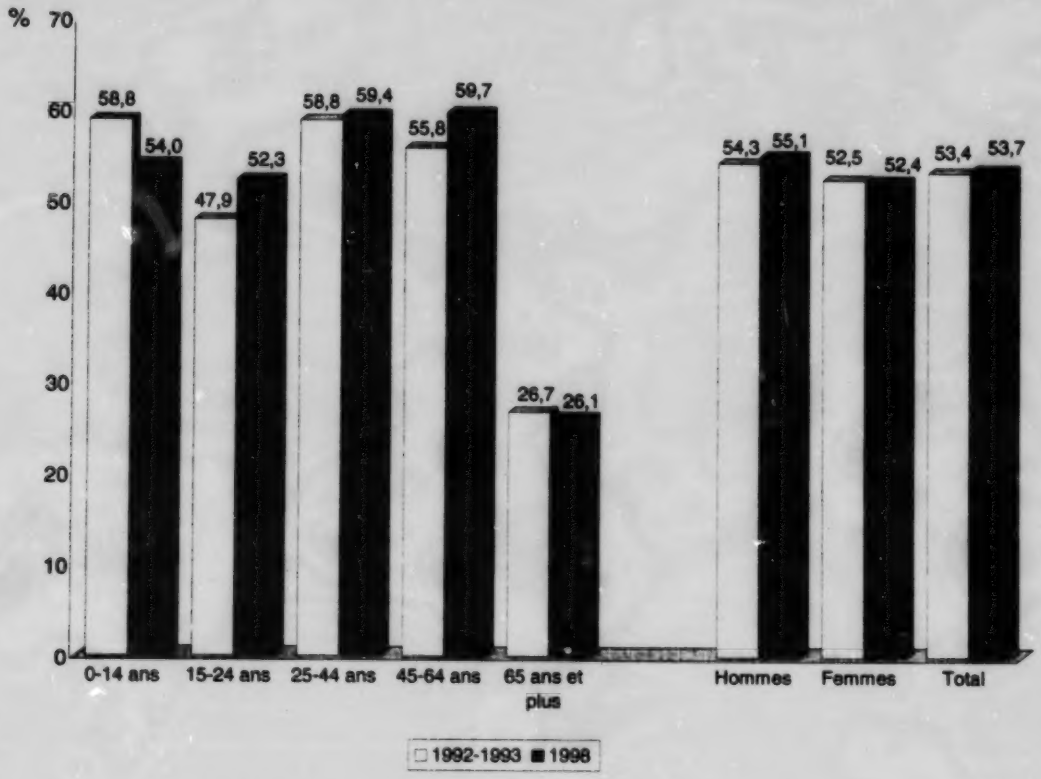
Variations selon le sexe et l'âge

Au total, on estime que plus de la moitié (54 %) de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé. Les résultats de l'enquête de 1998 permettent également de constater un écart significatif en faveur des hommes (figure 28.1 et tableau C.28.1). Le taux de couverture pour l'ensemble de la population ou selon le sexe est demeuré à peu près le même entre l'enquête de 1992-1993 et celle de 1998.

Les personnes de 65 ans et plus sont celles dont le taux de couverture par un assureur privé est le plus bas, soit 26 %. Cette situation s'explique aisément par l'existence de régimes publics plus généreux pour ce groupe d'âge. Par ailleurs, la proportion la plus élevée de personnes couvertes par un régime d'assurance privé se trouve chez celles de 25 à 64 ans, soit environ 60 %.

La couverture selon l'âge semble avoir varié depuis la dernière enquête. Les enfants de 0 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux à être couverts par un régime privé en 1998 qu'ils ne l'étaient en 1992-1993 (54 % c. 59 %), alors que l'inverse se vérifie auprès des jeunes de 15 à 24 ans (52 % c. 48 %) et des personnes de 45 à 64 ans (60 % c. 56 %).

Figure 28.1
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On ne remarque aucune différence statistique entre les proportions estimées pour les deux enquêtes en ce qui a trait aux groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 65 ans et plus.

Variations selon le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu

Le taux de couverture par les régimes privés varie selon le statut familial des individus (tableau 28.1). Les individus qui sont en couple, avec ou sans enfants, détiennent un régime d'assurance privé en plus grande proportion (plus de 50 %) que les personnes seules et les familles monoparentales pour qui les proportions sont similaires (39 % et 37 % respectivement). Parmi les individus vivant en couple, ceux qui vivent dans des familles biparentales ont une proportion de couverture significativement plus élevée que les couples sans enfants, soit respectivement 63 % et 53 %. Bien que la même tendance s'observe entre les familles biparentales et les familles recomposées, on ne peut cependant conclure que la proportion soit significativement plus élevée (63 % c. 56 %) dans les familles biparentales.

Le taux de couverture par des régimes privés varie également selon le statut d'activité habituelle. Ainsi, les personnes qui ont déclaré le travail comme occupation habituelle, au cours d'une période de 12 mois, sont proportionnellement plus nombreuses (66 %) à être couvertes par une assurance privée que les personnes sans emploi (23 %). Chez les personnes qui tiennent maison ou qui sont à la retraite, les proportions sont sensiblement les mêmes (37 % et 34 % respectivement). Plus de la moitié des personnes de 15 ans et plus aux études sont couvertes par une assurance privée (54 %).

La proportion de personnes qui détiennent une assurance privée varie en fonction du niveau de revenu des ménages. Ainsi, alors que seulement 8 % des personnes vivant au sein de ménages très pauvres possèdent une assurance privée, cette proportion atteint 80 % pour les personnes vivant dans un ménage dont le niveau de revenu est supérieur. Le taux de couverture augmente rapidement avec le revenu.

Tableau 28.1
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu, population totale, Québec, 1998

	%
Statut familial	
Personne seule	38,6
Couple sans enfants	53,3
Famille biparentale	62,6
Famille recomposée	56,3
Famille monoparentale	36,7
Statut d'activité habituelle	
En emploi	66,4
Aux études	53,7
Tient maison	36,9
À la retraite	34,0
Sans emploi	23,1
Niveau de revenu	
Très pauvre	8,1
Pauvre	20,4
Moyen inférieur	48,7
Moyen supérieur	70,2
Supérieur	79,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon le type de régime d'assurance

Parmi les personnes assurées, 89 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, 3,2 %, une assurance individuelle achetée auprès d'un courtier ou d'une compagnie d'assurances et 0,5 % des personnes, un autre type d'assurance (ex. : cartes de crédit) (tableau 28.2). Par ailleurs, 7 % des personnes détiennent à la fois une assurance collective et une assurance individuelle. Les assurances individuelles dans le domaine de la santé sont achetées principalement pour couvrir les déplacements hors du Québec (assurance voyage).

Tableau 28.2
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type d'assurance, population totale, Québec, 1998

	%
Type d'assurances	
Assurance collective provenant d'un emploi ou d'une activité professionnelle	89,4
Assurance individuelle provenant d'un courtier ou d'une compagnie d'assurances	3,2
Autre type d'assurance	0,5
Combinaison	6,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon le type de services couverts

La moitié de la population est couverte par un régime d'assurance privé pour les frais de séjour hospitalier et pour les médicaments prescrits, soit 49 % et 51 % respectivement (tableau 28.3). La proportion des personnes couvertes pour chacun de ces services est d'environ 50 % pour toutes les catégories d'âge, sauf pour les personnes de 65 ans et plus. Aussi, à l'inverse des autres groupes d'âge, chez le groupe de 65 ans et plus, la couverture pour les frais de séjour hospitalier est plus répandue (24 %) que celle pour les médicaments prescrits (18 %). Par ailleurs, la couverture pour ces services se situe au-delà de 50 % chez les familles avec enfants, biparentales et recomposées.

Tableau 28.3

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type de services assurés, l'âge et le statut familial, population totale, Québec, 1998

	Frais de séjour hospitalier	Médicaments prescrits	Soins Dentaires	Examens de la vue	Autres[1]
			%		
Sexes réunis					
0-14 ans	50,4	52,7	36,5	27,1	44,6
15-24 ans	46,1	49,9	32,8	26,8	40,5
25-44 ans	54,3	57,2	40,6	31,4	49,5
45-64 ans	55,5	56,8	34,3	28,2	49,1
65 ans et plus	24,2	17,5	7,7	11,4	17,5
Statut familial					
Personne seule	33,9	33,8	20,3	18,5	28,9
Couple sans enfants	48,9	48,3	29,5	26,2	43,8
Famille biparentale	58,3	60,5	41,3	31,5	51,6
Famille recomposée	52,5	54,6	38,2	30,3	46,9
Famille monoparentale	32,5	34,8	22,8	18,4	29,0
Autre	27,3	32,7	22,5	16,6	24,5
Total	**49,3**	**50,7**	**33,5**	**26,9**	**43,6**

1. Comprend les services fournis par certains professionnels, par exemple des psychologues, des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des acupuncteurs, des ostéopathes, etc.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les services dits « autres », tels ceux qui sont fournis par des physiothérapeutes, des psychologues, des chiropraticiens, des acupuncteurs, des ostéopathes..., sont couverts par des régimes d'assurance privés pour 44 % de la population. Les données de l'enquête permettent de constater que 34 % de la population possède une assurance privée pour couvrir les frais dentaires et 27 % en possède une pour couvrir les examens de la vue. La population de 25 à 44 ans se distingue de celle des autres groupes d'âge par un pourcentage plus élevé de personnes couvertes pour les frais associés aux services dentaires.

28.2.2 Recours aux professionnels de la santé autres que des médecins selon la présence ou l'absence de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Variations selon le type de professionnels consultés

Au cours d'une période de deux semaines, 16 % des personnes assurées ont consulté un professionnel de la santé autre qu'un médecin et pour lequel des frais privés pouvaient être exigés (tableau 28.4). Les personnes non assurées ont eu recours à un professionnel dans une proportion significativement moindre, soit 14 %. Lorsque l'on compare les deux groupes selon le type de professionnels consultés, on observe aussi des différences significatives pour la consultation des dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs, mais pas pour celle des ophtalmologistes, optométristes et opticiens. Quant aux praticiens de médecine non traditionnelle ou de médecine douce et aux psychologues, on parle plutôt d'une tendance à recourir davantage à ces professionnels par les personnes couvertes par un régime d'assurance privé.

Tableau 28.4
Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon le type de professionnels consultés, population totale, Québec, 1998

	Recours aux professionnels autres que des médecins	
	Frais couverts	Frais non couverts
	%	
Type de professionnels consultés		
Dentiste	6,3	3,3
Ophtalmologiste, optométriste et opticien	2,1	2,1
Physiothérapeute	1,3	0,7
Chiropraticien	2,1	0,8
Acupuncteur	0,4*	0,2**
Praticien de médecine non traditionnelle	1,1	0,7
Psychologue	1,2	0,8
Total[1]	**16,1**	**13,8**

1. Le total inclut d'autres types de professionnels non spécifiés dans la liste (ex. : infirmières, pharmaciens, diététistes, etc.) mais exclut les travailleurs sociaux.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon la perception de l'état de santé

Parmi les personnes de 15 ans et plus percevant leur état de santé comme « excellent ou très bon » ou « bon », la proportion de celles qui ont eu recours à un professionnel autre qu'un médecin est significativement plus élevée chez les personnes assurées que chez celles qui ne le sont pas (tableau 28.5). En effet, le recours est de 15 % chez les premières et de 12 % chez les deuxièmes parmi la population qui qualifie son état de santé « d'excellent ou très bon ». De plus, chez les personnes ayant la perception que leur santé est bonne, les proportions sont respectivement de 18 % et de 15 %. La tendance se maintient chez les personnes qui perçoivent leur état de santé comme « moyen ou mauvais », bien qu'elle ne soit pas significative.

28.2.3 Déboursés pour les services post-hospitaliers

Environ 2 % des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont subi une chirurgie d'un jour ont effectué des déboursés pour obtenir des soins ou de l'aide à domicile (données non présentées). Les résultats de l'enquête ne permettent pas de déceler de différence selon l'âge, le sexe, le niveau de revenu, le statut d'activité habituelle et le statut familial.

Tableau 28.5
Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Recours aux professionnels autres que des médecins	
	Frais couverts	Frais non couverts
	%	
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	14,6	11,7
Bon	18,2	14,7
Moyen ou mauvais	28,8	22,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Plus de la moitié de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé. Cette proportion n'a pas varié depuis l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La mise en place du régime obligatoire d'assurance médicaments en janvier 1997 ne semble pas avoir eu d'effet sur le taux de couverture par les assurances privées. Ce dernier varie selon le sexe, l'âge, le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu. La couverture par une assurance privée est davantage présente chez les hommes. Les personnes de 25 à 64 ans de même que celles ayant un emploi ou étant aux études sont proportionnellement plus nombreuses à être couvertes par une assurance privée. Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles sont, en proportion, moins nombreuses à être couvertes par une assurance privée. Cette dernière situation s'explique d'une part, par la perte du régime d'assurance collectif qu'elles détenaient dans le cadre d'un emploi et, d'autre part, par l'existence de régimes publics plus généreux pour les personnes âgées. Les couples, avec ou sans enfants, souscrivent davantage à un régime d'assurance privé que les familles monoparentales et les personnes seules. Les couples à la tête de familles biparentales ont, proportionnellement, une couverture plus élevée que les couples sans enfants. Enfin, plus le revenu augmente, plus la proportion de couverture par une assurance privée croît rapidement.

Parmi les personnes assurées par un régime privé, la presque totalité le sont dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Environ la moitié de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé pour les médicaments prescrits et pour les frais liés à un séjour à l'hôpital. Le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires, alors qu'un peu plus du quart seulement possède une couverture privée pour les examens de la vue. Quant aux autres services tels les services de psychologie, de physiothérapie, de chiropractie, etc., plus de 4 personnes sur 10 peuvent s'en prévaloir par le biais d'un régime d'assurance privé.

Au cours d'une période de deux semaines, les personnes assurées ont davantage eu recours aux dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs que les personnes non assurées. Lorsque l'on tient compte de la perception de l'état de santé, on observe que les personnes qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé recourent en plus grande proportion à un professionnel autre qu'un médecin lorsqu'elles sont assurées. Comme piste de recherche, il serait intéressant de comparer le recours aux professionnels de la santé autres que des médecins entre les personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques, plus particulièrement des maladies dont la prévalence est élevée, tel l'asthme, ou encore des limitations d'activités.

Une deuxième piste éventuelle serait de comparer le recours aux médecins et aux professionnels autres que des médecins entre les personnes assurées par un régime privé et les personnes non assurées. Cette comparaison, surtout si les variables reliées à l'état de santé sont contrôlées, pourrait donner certaines indications quant à la complémentarité des services offerts par les médecins et par les autres intervenants, particulièrement pour les services de psychologie, physiothérapie, acupuncture, chiropractie et les services non traditionnels.

Enfin, environ 2 % des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont subi une chirurgie d'un jour ont effectué des déboursés pour obtenir des soins ou de l'aide à domicile.

Éléments de réflexion pour la planification

La présente enquête révèle un écart en ce qui concerne le recours aux dentistes entre les personnes assurées et les personnes non assurées. Les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997* ont également montré que la population canadienne assurée utilise davantage les services dentaires (Millar et Locker, 1999). Cette dernière enquête révèle aussi que les soins dentaires préventifs

sont plus courants chez les personnes assurées, tandis que les plombages et les extractions sont plus fréquents chez les personnes non assurées. De plus, l'étude canadienne montre que le Québec constitue avec Terre-Neuve la province où le taux de couverture par un régime d'assurance offrant les soins dentaires, soit public ou privé, est le plus faible. Ainsi, à l'égard de la santé dentaire, on n'a pas, au Québec, une égalité des chances. Par ailleurs, la présente enquête montre que, parmi les services couverts par un régime d'assurance privé, les services dentaires ne figurent pas parmi les plus fréquents. Est-ce à dire que la population québécoise, par le biais de ses groupes d'assurances, ne juge pas à propos une plus grande couverture d'assurance pour les soins dentaires, ou encore, que les assureurs privés, au Québec, offrent moins souvent cette protection que dans les autres provinces? Cette situation apparaît particulièrement préoccupante considérant la diminution de la couverture des soins dentaires pour les enfants par le régime public.

Dans le cas du recours aux services de psychologie, physiothérapie, acupuncture, chiropractie et aux services non traditionnels, les résultats de l'enquête indiquent que la disponibilité d'une assurance privée conduit à un recours plus élevé aux professionnels de la santé dispensant ces services. Comme les données révèlent également que ce sont les personnes en emploi et celles ayant des revenus plus élevés qui bénéficient davantage d'une couverture d'assurance, cette situation peut accentuer les écarts en ce qui concerne l'état de santé entre les pauvres et les mieux nantis. Toutefois, seule une étude plus poussée établissant un lien entre problèmes de santé, dépenses réalisées et efficacité des interventions pourrait permettre de saisir le sens de la relation entre le recours et l'assurance.

Seulement 2 % des personnes hospitalisées ou ayant subi une chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois ont assumé des frais privés pour des soins ou de l'aide à domicile. Il faut rappeler que les services posthospitaliers sont généralement nécessaires pour des épisodes de courte durée seulement. La réduction des durées de séjour hospitalier, au cours des dernières années, ne signifie pas cependant que l'état des personnes qui sont de retour à la maison nécessite de l'aide pour une longue période, bien qu'il puisse requérir de l'aide et du support de la part des proches. La situation pourrait être très différente pour les personnes vivant des problèmes chroniques. Toutefois, l'enquête de 1998 n'incluait pas de questions relatives aux frais privés pour les personnes vivant des problèmes chroniques ou en perte d'autonomie bien que les données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* fournissent de l'information sur les besoins de cette population (Camirand et autres, à paraître). Cette petite proportion de la population ayant à assumer des frais pour des soins ou de l'aide à domicile constitue une donnée relativement rassurante considérant les fortes inquiétudes à l'égard d'une hausse probable des dépenses privées à la suite du virage ambulatoire. Actuellement, ce sont les proches qui fournissent l'aide et les CLSC, les traitements que requiert l'état des personnes après un séjour hospitalier pour des épisodes de soins de courte durée. Il faut cependant vérifier si ce pourcentage augmentera dans les années futures. Il serait également intéressant de quantifier les dépenses privées effectuées par la population québécoise, en lien avec l'état de santé des individus. Cette information s'avérerait d'autant plus pertinente qu'on a observé au Québec une hausse des dépenses privées au cours de la dernière décennie. En effet, de 498 $ par personne en 1989, les dépenses privées atteignent 719 $ par personne en 1998, soit une augmentation de 44 % (MSSS, 1999).

Bibliographie

BURSTIN, H. R., K. SWARTZ, A. C. O'NEIL, E. J. ORAV et T. A. BRENNAN (1998). « The effect of change of health insurance on access to care », *Inquiry*, vol. 35, n° 4, p. 389-397.

CAMIRAND, J., et autres (à paraître). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

DESROSIERS, G. (1999). « Le système de santé au Québec: bilan historique et perspective d'avenir », *Conférence inaugurale de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, octobre 1998, Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, n° 1, été.

FRANKS, P., C. M. CLANCY et M. R. GOLD (1993). « Health Insurance and mortality - evidence from a national cohort », *Journal of the American Medical Association*, vol. 270, n° 6, p. 737-741.

HAFNER-EATON, C. (1993). « Physician utilization disparities between the uninsured and insured », *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, n° 6, p. 787-792.

HOECHST MARION ROUSSEL (1999). « Sondage sur l'opinion des consommateurs canadiens à l'égard des soins de santé », Édition 1999, *Les Canadiens et leurs régimes collectifs de soins de santé*, 20 p.

LOHR, K. N., et autres (1986). « Use of medical care in the Rand health insurance experiment. diagnosis – and service – specific analyses in a randomized controlled trial », *Medical Care*, supplement, vol. 24, n° 9, p. S1-S87.

LONG, S. H., M. S. MARQUIS et J. RODGERS (1998). « Do people shift their use of health services over time to take advantage of insurance? », *Journal of Health Economics*, vol. 17, p. 105-115.

MILLAR, W. J., et D. LOCKER (1999). « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol 11, n° 11, p. 59-72.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec : la présence du secteur privé dans la santé au Québec*, État détaillé de la situation, Gouvernement du Québec, 52 p.

NORTHCOTT, H. C., et J. A. BACHYNSKY (1993). « Concurrent utilization of chiropractic, prescription medicines, nonprescription medicines and alternative health care », *Social Science Medicine*, vol. 37, n° 3, p. 431-435.

RHEAULT, S. (1996). *Les dépenses privées en médicaments et en primes d'assurance privée : données québécoises et comparaison internationale, Enquête sur les dépenses des ménages, Statistique Canada 1982-1986-1992*, direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 14 p. (document interne).

SORLIE, P. D., N. J. JOHNSON, E. BLACKBURN et D. D. BRADHAM (1994). « Mortality in the insured compared with that persons with public and private health insurance », *Archives of Internal Medicine*, vol. 154, n° 21, p. 2409-2416.

Tableau complémentaire

Tableau C.28.1
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998	Pe
	%		'000
Hommes	54,3	55,1	1955
Femmes	52,5	52,4	1896
Sexes réunis			
0-14 ans	58,8	54,0	728
15-24 ans	47,9	52,3	509
25-44 ans	58,8	59,4	1380
45-64 ans	55,8	59,7	1021
65 ans et plus	26,7	26,1	213
Total	**53,4**	**53,7**	**3851**

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

NIVEAU 5 NORMES, VALEURS ET IDÉOLOGIES DOMINANTES

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Chapitre 29

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

May Clarkson
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lucille Pica
Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Hébert Lacombe
Département des études québécoises
Université du Québec à Trois-Rivières

Introduction

Depuis un demi-siècle, les définitions de la santé et du bien-être deviennent de plus en plus holistiques et systémiques, c'est-à-dire que, d'une part, elles tendent à tenir compte des dimensions physique, psychique, émotive et spirituelle de l'être humain et que, d'autre part, elles considèrent l'être humain dans son environnement physique, social et culturel. Le modèle systémique d'analyse adopté par Santé Québec pour l'enquête de 1998 permet de tenir compte de ces différentes dimensions et, pour la première fois, du lien possible entre les normes, valeurs ou idéologies et la santé et le bien-être des personnes. Dans ce contexte, la présente analyse porte sur l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte, l'importance accordée à la vie spirituelle et le lien de ces variables avec la santé et le bien-être des individus.

La plupart des chercheurs font une distinction entre spiritualité et religion. Maslow (1976) insiste sur le fait que les valeurs spirituelles ne sont pas la propriété exclusive des religions organisées et qu'elles n'ont pas besoin de « concepts surnaturels » pour les valider. De nombreux efforts ont été effectués afin de clarifier ces concepts. Plusieurs chercheurs américains (Banks et autres, 1984; Chapman, 1986 et 1987; Elkins et autres, 1988) ont tenté de définir ce qu'on entend par « spiritualité ». On trouve chez ces chercheurs un consensus à l'effet qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel qui inclut entre autres les dimensions suivantes : la recherche d'un but et d'un sens à la vie, la croyance qu'il existe quelque chose qui transcende l'être humain, le respect de la vie, l'idéalisme et l'altruisme. Actuellement, au Québec, comme en témoigne un numéro récent de la revue *Possibles*, plusieurs auteurs tendent à définir la spiritualité comme une « quête du sens de la vie » (Baril, 1999; Boisvert, 1999; Damiani, 1999; Rioux, 1999). De façon opérationnelle, suivant en cela Fallot (1998), on peut définir la religion comme l'adhésion aux croyances et/ou aux pratiques d'une église ou d'une institution religieuse, alors que le concept de spiritualité ferait plutôt référence à une recherche de sens et d'appartenance en relation avec des valeurs fondamentales ou en relation avec un être ou un univers transcendant.

Jusqu'à tout récemment, les enquêtes de santé, dont celles de Santé Québec, n'avaient recours qu'à deux indicateurs portant sur la religion, soit l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte au cours de l'année précédant l'enquête. La spiritualité, par contre, demeure un concept beaucoup plus difficile à cerner et à mesurer puisqu'il s'agit d'un élément subjectif et équivoque, auquel diverses personnes peuvent attribuer un sens différent.

Bien que le sujet demeure relativement peu exploré, les résultats de diverses études américaines permettent de soulever des hypothèses intéressantes en ce qui concerne les liens entre la spiritualité et la capacité de faire face à un problème de santé chronique, tel que le diabète (Landis, 1996) ou le cancer (Mickley et Soeken, 1993). Divers auteurs établissent également un lien entre la spiritualité et le bien-être psychologique; Fehring et autres (1987) lui attribuent un effet tampon sur la détresse et la dépression. La spiritualité semble donc, au même titre que les diverses composantes du soutien social, pouvoir agir de façon positive sur l'état de santé physique et mentale, dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse et de l'atténuer.

En ce qui concerne le lien entre santé et religion, Ellison et Levin (1998) ont recensé plusieurs études descriptives faisant état « d'effets positifs et statistiquement significatifs » de la fréquentation d'un lieu de culte et de la présence de convictions religieuses sur la santé. Quelques-unes confirment la persistance de ce lien même après avoir contrôlé plusieurs variables potentiellement confondantes. Ellison et Levin proposent diverses hypothèses pouvant contribuer à expliquer ce lien entre la religion et la santé. Dans certains cas, la religion pourrait préconiser des habitudes de vie et des comportements qui auraient un impact positif sur la santé, par exemple, demander de s'abstenir de fumer ou de consommer de l'alcool. En outre, la fréquentation d'un lieu de culte faciliterait l'accès à un réseau de soutien social. Par ailleurs, il existe un corpus de recherche qui met en évidence une association positive entre la participation religieuse et la santé mentale (Ellison et Levin, 1998). Toutefois, Ellison et Levin soulignent que les chercheurs, jusqu'à maintenant, se sont moins intéressés aux effets potentiellement négatifs de la religion sur la santé.

Dans le même article, les auteurs soulèvent la possibilité d'un lien entre les événements stressants de la vie et la fréquence des activités religieuses, proposant deux hypothèses : soit que les événements stressants incitent les individus à accroître la fréquence de leurs comportements religieux, soit, au contraire, qu'ils « découragent ou préviennent certaines activités religieuses » et, en particulier, la fréquentation d'un lieu de culte (Ellison et Levin, 1998).

Dans ce contexte, le but du présent chapitre est d'explorer le lien entre l'importance accordée à la vie spirituelle, c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme, l'appartenance religieuse et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, avec diverses variables démographiques, socioéconomiques et sociosanitaires. Ainsi, l'âge, le sexe, le groupe ethnoculturel et le niveau de revenu, de même que des variables telles que la perception de l'état de santé, les problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme, la détresse psychologique, les idées suicidaires, les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et le soutien social, sont analysés auprès de la population des 15 ans et plus en fonction des variables liées à la spiritualité et à la religion.

29.1 Aspects méthodologiques

29.1.1 Indicateurs

Dans le présent chapitre, l'exploration des concepts de spiritualité et de religion s'est faite à l'aide de trois questions introduites dans le questionnaire autoadministré (QAA). Tout d'abord, à la section XI - Votre vie en général, une première question inspirée de celle qui a été employée dans une étude montréalaise de Lévy et autres (1995) cherche à connaître l'importance accordée à la vie spirituelle (QAA157) : « Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle très importante, assez importante, peu importante, pas importante du tout? ». Lors de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en deux catégories, soit très ou assez importante et peu ou pas importante. Une deuxième question dans la même section du QAA cherche à estimer la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale des personnes (QAA158) : « Croyez-vous que vos

valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé, physique ou mentale? Oui, beaucoup; oui, un peu; non, pas du tout; ne sais pas ». Ces deux questions sont utilisées ici pour la première fois dans une enquête générale auprès de la population. Finalement, la troisième question se trouve à la section XVII - Renseignements sociodémographiques. Elle est adaptée du recensement canadien de 1991 et porte sur l'appartenance religieuse actuelle (QAA229).

Pour documenter la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, on a repris une question posée lors de l'enquête *Santé Québec 1987* (QAA230). Elle demande si, au cours des 12 derniers mois, la personne a fréquenté une église ou un lieu de culte. Cinq réponses sont possibles, soit : 1-plus d'une fois par semaine, 2-une fois par semaine, 3-plus d'une fois par mois, 4-plus d'une fois par an et 5-ne fréquente jamais. Pour l'analyse, ces réponses ont été regroupées en trois catégories, soit plus d'une fois par mois (réponses 1, 2 et 3), une fois par mois ou moins (réponse 4) et jamais (réponse 5). Ces libellés permettent d'obtenir des catégories mutuellement exclusives.

La question portant sur la principale religion à l'enfance (QAA228) n'a pas été traitée dans le présent chapitre parce que les résultats sont relativement comparables à ceux de la question sur l'appartenance actuelle à une religion (QAA229). Cette dernière question a été jugée plus intéressante à mettre en relation avec diverses autres variables dans le cadre d'une analyse transversale car elle donne un portrait de la situation au moment de l'enquête.

L'indice de consommation de drogues utilisé dans le présent chapitre diffère de celui qui est utilisé dans le chapitre 5 - Consommation de drogues, car il exclut la prise de tranquillisants ou de somnifères (QAA46) ainsi que les drogues ou autres médicaments sans prescription ou sans ordonnance (QAA47). L'indice utilisé ici est donc tiré des questions QAA44 et QAA45 uniquement, et ceci afin d'orienter l'évaluation sur l'usage de drogues illicites.

29.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Malgré qu'il n'y ait eu aucun chapitre consacré aux valeurs spirituelles dans les enquêtes précédentes, l'enquête *Santé Québec 1987* comprenait une question sur la principale religion de l'enfance et une autre sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois. Ces deux questions ont été reprises en 1998 mais, tel que nous l'avons mentionné précédemment, seule la dernière a été retenue pour l'analyse (QAA230). Ainsi, la comparaison des résultats de la présente enquête et de celle de 1987 a pu être faite pour cette question. Aucune question portant sur le présent sujet n'avait été intégrée à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

29.1.3 Portée et limites des données

Des données visant à mettre en relation certains aspects de la spiritualité et de la religion de même que de l'état de santé sont explorées pour la première fois dans une enquête sur la santé des Québécois. Il apparaît donc d'autant plus important de montrer les limites de cette exploration.

Une première limite tient au fait que diverses variables sont impliquées dans l'association entre la spiritualité ou la religion et la santé; on peut mentionner, outre l'âge et le sexe, l'appartenance ethnique, le statut socio-économique, les normes et habitudes de vie associées à l'une ou l'autre religion, etc. Une analyse multivariée permettrait sans doute de mesurer l'impact relatif de ces différents facteurs, de façon plus complète et détaillée qu'on a pu le faire dans l'analyse descriptive présentée ici. À tout le moins, lorsque les effectifs le permettaient, on a utilisé le sexe et l'âge comme variables de contrôle, afin de tenir compte de l'impact possible de ces deux variables tant sur le plan de la religion que sur celui de la perception de la spiritualité.

La difficulté de définir la spiritualité de façon univoque constitue également une limite, puisqu'on ne peut être assuré que tous accordent à ce terme le même sens et la même portée. En outre, la question posée dans le QAA définit la vie spirituelle comme « des croyances ou

des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme »; il s'agit là d'une description très globale, qui ne prend pas en compte les multiples dimensions possibles de la spiritualité.

Enfin, lorsqu'on observe « la religion » au Québec, il s'agit pour la très grande majorité de la religion catholique romaine. La proportion des Québécois appartenant à d'autres religions est relativement faible; c'est pourquoi on a jugé préférable pour les fins de l'analyse de les regrouper, malgré leurs disparités.

Mentionnons que le taux de non-réponse partielle de l'ensemble des questions est inférieur à 5 %.

29.2 Résultats

29.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Selon les estimations présentées dans le tableau 29.1 et le tableau complémentaire C.29.1, une majorité de Québécois (65 %) accordent de l'importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle; plus des deux tiers de la population (69 %) considèrent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, que ce soit beaucoup (37 %) ou un peu (33 %). Par ailleurs, 26 % seulement, soit une personne sur quatre, fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois. Si l'on considère le sexe, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à accorder de l'importance à la vie spirituelle (73 % c. 58 %) et elles considèrent, dans une proportion de 43 %, comparativement à 30 % des hommes, que les valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale. En outre, 30 % des femmes fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 22 % des hommes.

Lorsqu'on considère l'âge, on constate qu'approximativement 84 % des personnes de 65 ans et plus accordent une grande importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle; cette proportion diminue d'un groupe d'âge à l'autre, atteignant 44 % chez les 15-24 ans (tableau 29.1). Les aînés de 65 ans et plus sont également plus nombreux à considérer que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale que les jeunes de 15 à 24 ans (57 % c. 19 %). Par ailleurs, 60 % des personnes de 65 ans et plus fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, alors que cette proportion diminue régulièrement avec l'âge, jusqu'à 10 % chez les 15-24 ans.

En ce qui concerne le groupe ethnoculturel d'appartenance, on observe qu'environ 75 % des personnes appartenant au groupe minoritaire de la première génération, tel qu'il est défini au chapitre 2 – Caractéristiques de la population, considèrent que la vie spirituelle est très ou assez importante, comparativement à environ 64 % du groupe majoritaire (tableau 29.1). Par ailleurs, 48 % du groupe minoritaire de la première génération, comparativement à 35 % seulement des personnes du groupe majoritaire, pensent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale. Trente-six pour cent (36 %) des personnes appartenant au groupe minoritaire de la première génération fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 25 % des personnes du groupe majoritaire.

Le niveau de revenu semble lié à l'importance accordée à la vie spirituelle. En effet, on estime que 71 % des personnes très pauvres ou pauvres, comparativement à 63 % de celles qui ont un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur, accordent de l'importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle. Par ailleurs, 43 % de la population définie comme pauvre ou très pauvre considère que ses valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur son état de santé physique ou mentale, comparativement à 33 % des personnes ayant un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur. Enfin, 33 % des personnes catégorisées comme pauvres ou très pauvres fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 22 % des personnes qui se situent dans le niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 29.1

Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale				Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
					%				
Hommes	57,6	42,4	30,2	33,0	26,3	10,5	22,4	42,7	34,9
Pe '000	**1 660**	**1 211**	**865**	**943**	**752**	**301**	**644**	**1 219**	**998**
Femmes	72,6	27,4	43,3	32,1	16,5	8,1	29,6	42,6	27,8
Pe '000	**2 152**	**811**	**1 285**	**950**	**489**	**239**	**884**	**1 259**	**820**
Sexes réunis									
15-24 ans	43,6	56,4	19,4	33,8	27,3	19,5	10,3	47,6	42,1
25-44 ans	62,2	37,8	32,8	35,2	23,1	9,0	15,8	50,1	34,1
45-64 ans	72,8	27,2	43,2	31,8	18,8	6,2	33,4	39,1	27,5
65 ans et plus	84,3	15,7	56,5	24,8	14,3	4,4	60,0	22,3	17,8
Total	**65,2**	**34,8**	**36,9**	**32,5**	**21,3**	**9,3**	**26,1**	**42,7**	**31,3**
Pe '000	**3 803**	**2 022**	**2 150**	**1 893**	**1 242**	**540**	**1 528**	**2 478**	**1 816**
Groupe ethnoculturel									
Majoritaire	63,9	36,1	35,4	33,0	22,3	9,4	24,7	43,6	31,8
Minoritaire 2e et 3e génération	72,6	27,4	41,0	32,1	17,5	9,5*	30,7	44,4	24,9
Minoritaire 1re génération	75,1	24,9	49,0	28,3	14,2	8,4	36,1	34,7	29,3
Niveau de revenu									
Très pauvre ou pauvre	70,7	29,3	43,1	28,0	19,5	9,5	32,8	33,5	33,7
Moyen inférieur	66,5	33,5	39,2	30,8	21,4	8,6	29,0	40,9	30,1
Moyen supérieur ou supérieur	62,5	37,5	33,1	35,3	22,0	9,6	21,8	47,0	31,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Environ 78 % des Québécois disent appartenir actuellement à la religion catholique romaine, 8 % s'identifient à diverses autres religions et 14 % ne déclarent aucune religion (tableaux 29.2 et C.29.1). C'est chez les hommes que l'on trouve la plus forte proportion de personnes n'appartenant à aucune religion, soit 16 %, comparativement à 12 % chez les femmes; en outre, la proportion de personnes déclarant n'appartenir à aucune religion diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 27 % chez les personnes de 15 à 24 ans à 4 % seulement chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 29.2

Appartenance religieuse actuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune	Catholique romaine	Autres
		%	
Hommes	15,8	76,3	7,9
Pe '000	**452**	**2 184**	**226**
Femmes	11,7	80,4	7,9
Pe '000	**345**	**2 383**	**234**
Sexes réunis			
15-24 ans	26,5	66,4	7,1
25-44 ans	14,6	77,3	8,2
45-64 ans	9,9	82,4	7,7
65 ans et plus	4,0	87,6	8,5
Total	**13,7**	**78,4**	**7,9**
Pe '000	**797**	**4 568**	**460**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En ce qui a trait à l'évolution de la pratique religieuse, le tableau 29.3 montre que les Québécois sont proportionnellement moins nombreux à fréquenter régulièrement une église ou un lieu de culte en 1998 qu'ils ne l'étaient en 1987. En effet, 26 % s'y rendent plus d'une fois par mois en 1998, comparativement à 39 % en 1987, et environ 43 % s'y rendent une fois par mois ou moins en 1998 comparativement à 35 % en 1987. En outre, en 1987, 26 % de la population québécoise ne fréquentait jamais une église ni un lieu de culte, comparativement à 31 % en 1998 (tableau 29.3). Ces tendances se vérifient pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge.

Le tableau 29.4 montre que l'importance accordée à la vie spirituelle (très ou assez importante) et la croyance en un effet positif (beaucoup ou un peu) des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale sont fortement liées entre elles. En effet, parmi les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, 92 % croient que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, que ce soit beaucoup (56 %) ou un peu (36 %). Par ailleurs, 94 % des gens qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, comparativement à 43 % seulement de ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte. Enfin, parmi ceux qui fréquentent régulièrement une église ou un lieu de culte, 91 % pensent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, soit beaucoup (65 %) ou un peu (26 %), comparativement à seulement 51 % de ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte.

Tableau 29.3
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998
			%			
Hommes	35,3	22,4	35,2	42,7	29,4	34,9
Femmes	42,7	29,6	34,6	42,6	22,7	27,8
Sexes réunis						
15-24 ans	26,3	10,3	43,3	47,6	30,4	42,1
25-44 ans	29,4	15,8	40,3	50,1	30,4	34,1
45-64 ans	53,5	33,4	27,5	39,1	19,1	27,5
65 ans et plus	67,3	60,0	15,8	22,3	16,9	17,8
Total	**39,1**	**26,0**	**34,9**	**42,7**	**26,0**	**31,3**

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 29.4

Associations entre les variables de l'enquête : importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale				Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%								
Importance accordée à la vie spirituelle									
Très ou assez importante	...	...	55,6	36,3	5,3	2,9	37,7	41,7	20,6
Peu ou pas importante	...	...	1,8	25,4	51,5	21,3	4,5	44,7	50,8
Fréquentation d' une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois									
Plus d'une fois par mois	94,0	6,0	65,4	26,0	6,0	2,5	...	...	...
Une fois par mois ou moins	63,6	36,4	29,5	39,7	21,3	9,6	...	...	...
Jamais	43,1	56,9	22,5	28,7	34,2	14,6	...	...	...
Appartenance religieuse actuelle									
Aucune	37,2	62,8	22,8	23,0	37,8	16,4	2,0*	20,1	77,9
Catholique romaine	68,7	31,3	37,6	35,0	19,4	8,1	28,9	47,6	23,6
Autres	77,8	22,2	51,0	27,4	12,9	8,7	37,5	35,2	27,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.2 Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte selon diverses dimensions de l'état de santé

En ce qui a trait à la perception de l'état de santé (tableau 29.5), la proportion des personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante est plus élevée chez celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais que chez celles qui le perçoivent comme étant excellent ou très bon (72 % c. 63 %). De la même façon, la proportion de personnes qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois est plus élevée chez celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais que chez celles qui le perçoivent comme excellent ou très bon (33 % c. 23 %). Ces relations persistent selon le sexe. Par ailleurs, si on considère l'âge, les personnes de 45 à 64 ans présentent une tendance à être plus nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois lorsqu'elles perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais (38 %) que celles qualifiant leur santé d'excellente ou de très bonne (31 %) (tableau C.29.2). À l'inverse, les personnes de 65 ans et plus tendent à être moins nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte régulièrement lorsqu'elles se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé (53 %) que lorsqu'elles perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne (62 %) (tableau C 29.2).

En ce qui concerne les problèmes de santé de longue durée et la limitation d'activité à long terme, on constate que les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante et à fréquenter régulièrement une église ou un lieu de culte lorsqu'ils souffrent d'au moins un problème de santé de longue durée ou lorsqu'ils sont limités dans leurs activités (tableau 29.5). En effet, la proportion de gens qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante est de 60 % chez les personnes n'ayant aucun problème de santé de longue durée comparativement à 69 % chez celles qui ont un ou plusieurs problèmes de cet ordre.

Tableau 29.5

Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Perception de l'état de santé					
Hommes					
Excellent ou très bon	55,9	44,1	19,9	44,4	35,6
Bon	55,3	41,8	24,8	42,1	33,2
Moyen ou mauvais	63,7	36,3	28,8	34,0	37,3
Femmes					
Excellent ou très bon	71,0	29,0	26,2	45,5	28,4
Bon	73,2	26,8	32,6	40,7	26,8
Moyen ou mauvais	78,4	21,6	36,3	36,1	27,6
Sexes réunis					
Excellent ou très bon	63,4	36,6	23,0	44,9	32,0
Bon	66,2	33,8	28,9	41,3	29,8
Moyen ou mauvais	71,7	28,3	32,8	35,1	32,0
Problèmes de santé de longue durée					
Hommes					
Aucun problème	53,8	46,2	19,7	45,3	35,1
Au moins un problème	61,1	38,9	24,8	40,4	34,8
Femmes					
Aucun problème	68,0	32,0	24,5	47,3	28,2
Au moins un problème	74,8	25,2	32,2	40,3	27,5
Sexes réunis					
Aucun problème	59,8	40,2	21,7	46,1	32,2
Au moins un problème	68,9	31,1	29,0	40,4	30,7
Limitations d'activité à long terme					
Hommes					
Non limité	56,4	43,6	21,6	43,5	35,0
Limité	70,1	29,9	31,0	34,6	34,4
Femmes					
Non limité	71,5	28,5	29,0	43,3	27,7
Limité	80,4	19,6	34,0	37,6	28,4
Sexes réunis					
Non limité	64,0	36,0	25,3	43,4	31,3
Limité	76,1	23,9	32,8	36,3	30,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Elle est de 64 % chez les personnes n'ayant pas de limitations dans leurs activités comparativement à 76 % chez celles qui ont des limitations (tableau 29.5). Ces données demeurent significatives selon le sexe, sauf chez les femmes pour la relation entre la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte et la limitation d'activité, bien que la tendance aille dans le même sens.

Tableau 29.6

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
		%	
Appartenance religieuse actuelle			
Aucune	21,0	28,0	24,0
Catholique romaine et autres	16,5	21,9	19,3
Total	**17,2**	**22,6**	**20,0**
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois			
Plus d'une fois par mois	14,1	17,8	16,2
Une fois par mois ou moins	16,2	23,9	20,1
Jamais	20,5	26,4	23,2
Total	**17,3**	**22,9**	**20,1**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

29.2.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et idées suicidaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse

Comme le montre le tableau 29.6, les gens qui disent n'appartenir actuellement à aucune religion sont proportionnellement plus nombreux à atteindre un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux qui disent appartenir à une religion (24 % c. 19 %). La même tendance s'observe tant chez les hommes (21 % c. 17 %) que chez les femmes (28 % c. 22 %). En outre, la proportion de gens qui atteignent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus importante chez ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte (23 %) que chez ceux qui s'y rendent plus d'une fois par mois (16 %). On retrouve la même tendance chez les hommes et chez les femmes. Par ailleurs, aucune relation n'est constatée entre la détresse psychologique et l'importance accordée à la vie spirituelle.

En ce qui concerne la présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (tableau 29.7), on observe une certaine différence, qui demeure non significative statistiquement, entre les personnes qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (4,6 %) et celles qui considèrent la vie spirituelle très ou assez importante (3,5 %). Par ailleurs, parmi les personnes qui disent n'appartenir à aucune religion, 7 % ont eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois, comparativement à 3,4 % chez celles qui appartiennent actuellement à une religion.

Enfin, 6 % des gens qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte, comparativement à 2,1 % de ceux qui s'y rendent plus d'une fois par mois, disent avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (tableau 29.7). De trop faibles effectifs empêchent de présenter les données selon le sexe et l'âge.

Tableau 29.7

Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Importance accordée à la vie spirituelle	
Très ou assez importante	3,5
Peu ou pas importante	4,6
Appartenance religieuse actuelle	
Aucune	6,7
Catholique romaine et autres	3,4
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois	
Plus d'une fois par mois	2,1
Une fois par mois ou moins	3,8
Jamais	5,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

29.2.4 Pratique religieuse selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence

Dans la population de 18 ans et plus, il semble y avoir un lien entre le fait d'avoir vécu des événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence et le fait de déclarer appartenir ou non à une religion (tableau 29.8). En effet, 89 % des personnes qui n'ont vécu aucun événement traumatisant durant l'enfance ou l'adolescence disent appartenir actuellement à une religion, comparativement à 78 % de celles qui ont vécu trois événements traumatisants ou plus. Cette relation se maintient lorsqu'on contrôle pour la variable sexe mais elle ne se vérifie que pour les 45 à 64 ans lorsqu'on le fait pour l'âge (données non présentées). De la même façon, 30 % des personnes qui n'ont pas vécu d'événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence disent fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comparativement à seulement 15 % chez celles qui ont vécu trois événements traumatisants ou plus (tableau 29.8). À l'inverse, 42 % des gens ayant vécu trois événements traumatisants ou plus ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte comparativement à 27 % des gens qui n'ont vécu aucun événement traumatisant à l'enfance ou à l'adolescence. Encore une fois, la relation se vérifie pour les deux sexes et pour les personnes de 25 à 44 ans lorsque l'on contrôle la variable âge (données non présentées). Aucune association significative n'est observée entre l'importance accordée à la vie spirituelle et le nombre d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence (données non présentées).

Tableau 29.8
Appartenance religieuse actuelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Appartenance religieuse actuelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Aucune	Catholique romaine et autres	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence					
Hommes					
Aucun	12,7	87,3	25,7	43,6	30,7
Un	16,3	83,7	19,2	43,0	37,8
Deux	19,2	80,8	16,0	45,8	38,2
Trois et plus	25,0	75,0	15,0	38,8	46,3
Femmes					
Aucun	8,6	91,4	35,1	41,0	23,9
Un	12,8	87,2	27,4	45,1	27,6
Deux	12,5	87,5	22,3	43,5	34,2
Trois et plus	19,5	80,5	14,2	48,1	37,7
Sexes réunis					
Aucun	10,7	89,3	30,4	42,3	27,3
Un	14,6	85,4	23,2	44,1	32,7
Deux	15,5	84,5	19,5	44,5	36,0
Trois et plus	22,0	78,0	14,6	43,8	41,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.5 Certaines variables sociosanitaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse

Le tableau 29.9 porte sur la consommation d'alcool en fonction de l'importance accordée à la vie spirituelle, de l'appartenance religieuse actuelle et de la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. Chez les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, on trouve une proportion plus faible de buveurs actuels que chez celles qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (78 % c. 88 %). Cette relation persiste quand on contrôle la variable sexe et la variable âge, sauf chez les personnes de 65 ans et plus (tableau C.29.3).

Si l'on considère l'appartenance religieuse actuelle, dans l'ensemble, on trouve une proportion plus grande de buveurs actuels chez ceux qui n'appartiennent à aucune religion (89 %) que chez les catholiques (82 %) et chez les gens qui appartiennent à d'autres religions (72 %). Cette relation vaut pour l'ensemble de la population et les femmes, mais pas pour les hommes. Chez les hommes et chez les personnes de 15 à 44 ans, on observe des différences significatives dans la proportion de buveurs actuels seulement entre les personnes n'ayant aucune appartenance religieuse et celles ayant une appartenance autre que la religion catholique romaine (tableau C.29.3).

Par ailleurs, les gens qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comptent une proportion moins élevée de buveurs actuels (69 %) que ceux qui fréquentent un tel lieu une fois par mois ou moins (87 %) ou jamais (85 %) (tableau 29.9).

Cela se vérifie également selon le sexe et l'âge, sauf chez les individus de 65 ans et plus. En effet, chez ces personnes, la proportion de consommateurs actuels demeure moins élevée chez ceux qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (56 %) que chez ceux qui s'y rendent une fois par mois ou moins (68 %), mais n'est pas différente de celle du groupe qui ne s'y rend jamais (57 %) (tableau C.29.3).

Par ailleurs, dans l'ensemble, on observe les mêmes tendances en ce qui concerne la consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours. Les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, celles qui appartiennent à une religion et celles qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois sont proportionnellement moins nombreuses à prendre 14 consommations ou plus par semaine (données non présentées).

Tableau 29.9

Consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Abstinents	Anciens buveurs	Buveurs actuels (12 derniers mois)
	%		
Importance accordée à la vie spirituelle			
Hommes			
Très ou assez importante	8,5	8,7	82,8
Peu ou pas importante	5,9	4,0	90,1
Femmes			
Très ou assez importante	19,8	5,8	74,4
Peu ou pas importante	11,5	3,5	85,1
Sexes réunis			
Très ou assez importante	14,9	7,1	78,1
Peu ou pas importante	8,1	3,8	88,1
Appartenance religieuse actuelle			
Hommes			
Aucune	5,1*	5,5	89,4
Catholique romaine	6,8	6,8	86,4
Autres	15,6	6,7*	77,7
Femmes			
Aucune	9,5	3,2*	87,3
Catholique romaine	17,8	5,1	77,1
Autres	27,3	6,9*	65,8
Sexes réunis			
Aucune	7,0	4,5	88,5
Catholique romaine	12,5	5,9	81,6
Autres	21,5	6,8	71,7
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois			
Hommes			
Plus d'une fois par mois	13,5	9,0	77,5
Une fois par mois ou moins	5,2	5,7	89,2
Jamais	5,9	6,5	87,6
Femmes			
Plus d'une fois par mois	30,9	6,3	62,9
Une fois par mois ou moins	11,4	3,7	84,9
Jamais	12,7	6,0	81,3
Sexes réunis			
Plus d'une fois par mois	23,4	7,4	69,1
Une fois par mois ou moins	8,3	4,7	87,0
Jamais	8,9	6,3	84,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En ce qui concerne la consommation de tabac (tableau 29.10), on observe proportionnellement moins de fumeurs réguliers de la cigarette (28 %) chez ceux qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante que chez ceux qui la considèrent peu ou pas importante (35 %). Cette relation subsiste selon le sexe et pour tous les groupes d'âge sauf chez les 15-24 ans, bien qu'on observe la même tendance (tableau C.29.4).

Tableau 29.10
Usage de la cigarette selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais fumé	Anciens fumeurs	Fumeurs occasionnels	Fumeurs réguliers
		%		
Importance accordée à la vie spirituelle				
Hommes				
Très ou assez importante	27,1	40,7	3,3	28,9
Peu ou pas importante	30,3	30,4	3,8	35,5
Femmes				
Très ou assez importante	38,2	31,4	3,3	27,1
Peu ou pas importante	30,7	31,2	3,7	34,4
Sexes réunis				
Très ou assez importante	33,4	35,5	3,3	27,9
Peu ou pas importante	30,5	30,7	3,8	35,1
Appartenance religieuse actuelle				
Hommes				
Aucune	28,5	32,2	5,4*	34,0
Catholique romaine	28,3	37,3	3,1	31,4
Autres	33,0	34,2	4,2*	28,6
Femmes				
Aucune	29,1	30,1	5,3*	35,5
Catholique romaine	36,0	31,5	3,1	29,4
Autres	48,6	31,5	3,4**	16,5
Sexes réunis				
Aucune	28,7	31,3	5,3	34,6
Catholique romaine	32,3	34,3	3,1	30,4
Autres	40,9	32,8	3,8*	22,5
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Hommes				
Plus d'une fois par mois	29,6	49,1	2,3*	19,0
Une fois par mois ou moins	29,1	35,1	4,0	31,7
Jamais	27,0	30,0	3,7	39,4
Femmes				
Plus d'une fois par mois	48,4	33,6	2,3*	15,7
Une fois par mois ou moins	32,4	32,1	3,8	31,6
Jamais	29,0	27,6	3,9	39,5
Sexes réunis				
Plus d'une fois par mois	40,5	40,1	2,3	17,1
Une fois par mois ou moins	30,8	33,6	3,9	31,7
Jamais	27,9	28,9	3,8	39,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les gens qui disent appartenir actuellement à une religion (catholique romaine ou autre) comptent une proportion moins élevée de fumeurs réguliers (30 % et 23 %) que ceux qui n'en déclarent aucune (35 %) (tableau 29.10). Chez les femmes et les personnes de 25 à 44 ans, cette association se maintient seulement dans les catégories « aucune appartenance religieuse » et « autre ». Pour les autres catégories d'âge, cette relation tend à se maintenir (tableau C.29.4).

Enfin, on constate que la proportion de fumeurs réguliers est moins élevée chez les personnes qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois que chez celles qui ne fréquentent jamais ces lieux (17 % c. 40 %) (tableau 29.10). Cette relation se maintient quand on contrôle selon le sexe, ainsi que pour tous les groupes d'âge (tableau C.29.4).

Le tableau 29.11 porte sur la consommation de drogues au cours d'une période de 12 mois en fonction de l'importance accordée à la vie spirituelle, de l'appartenance religieuse actuelle et de la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. On remarque que les consommateurs de drogues sont proportionnellement plus nombreux parmi les individus qui considèrent la vie spirituelle comme peu ou pas importante (22 % c. 10 %), parmi ceux qui ne déclarent aucune religion actuelle (32 % c. 12 % chez les catholiques et 6 % chez ceux qui appartiennent à une autre religion) et parmi ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte (22 % c. 3,2 % chez ceux qui fréquentent un tel lieu plus d'une fois par mois). Ces relations se maintiennent selon le sexe et l'âge, sauf chez les 15-24 ans pour l'importance accordée à la vie spirituelle et chez les 45-64 ans pour l'appartenance religieuse actuelle (tableau C.29.5). Les faibles effectifs de consommateurs de drogues chez les personnes de 65 ans et plus ne permettent pas d'apporter de conclusions pour cette catégorie d'âge.

Tableau 29.11
Consommation de drogues selon le sexe, l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Consommateurs actuels[1]	
	Non	Oui
	%	
Importance accordée à la vie spirituelle		
Hommes		
Très ou assez importante	87,2	12,8
Peu ou pas importante	76,0	24,0
Femmes		
Très ou assez importante	91,9	8,1
Peu ou pas importante	82,3	17,7
Sexes réunis		
Très ou assez importante	89,8	10,2
Peu ou pas importante	78,5	21,5
Appartenance religieuse actuelle		
Hommes		
Aucune	66,8	33,2
Catholique romaine	84,8	15,2
Autres	91,2	8,8*
Femmes		
Aucune	70,9	29,2
Catholique romaine	91,3	8,8
Autres	96,7	3,3**
Sexes réunis		
Aucune	68,5	31,5
Catholique romaine	88,2	11,8
Autres	93,9	6,1
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Hommes		
Plus d'une fois par mois	95,3	4,7
Une fois par mois ou moins	82,4	17,6
Jamais	74,5	25,5
Femmes		
Plus d'une fois par mois	98,0	2,0*
Une fois par mois ou moins	88,1	11,9
Jamais	81,7	18,3
Sexes réunis		
Plus d'une fois par mois	96,8	3,2
Une fois par mois ou moins	85,3	14,7
Jamais	77,7	22,3

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante sont proportionnellement plus nombreuses (81 %) à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social que celles qui considèrent la vie spirituelle comme peu ou pas importante (78 %) (tableau 29.12). Lorsqu'on contrôle la variable sexe, toutefois, cette relation ne demeure significative que chez les femmes, bien qu'on observe la même tendance chez les hommes. Lorsqu'on contrôle la variable âge, la relation demeure significative, sauf chez les personnes de 15 à 24 ans (données non présentées).

Dans l'ensemble, les gens qui disent appartenir actuellement à une religion sont également plus nombreux à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social (81 % pour la religion catholique et 81 % pour les autres religions) que ceux qui ne déclarent aucune religion actuelle (76 %) (tableau 29.12). Encore une fois, si on contrôle la variable sexe, la relation demeure significative seulement chez les femmes. Toutefois, quand on contrôle l'âge, on ne peut que parler d'une tendance dans le même sens (données non présentées).

Enfin, ceux qui fréquentent une église ou un lieu de culte, que ce soit plus d'une fois par mois ou une fois par mois ou moins, sont proportionnellement plus nombreux à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social, soit 83 % et 82 % respectivement, que ceux qui ne fréquentent jamais un tel lieu (75 %). Cette fois, la relation vaut tant pour les hommes que pour les femmes. Les mêmes tendances subsistent selon l'âge, sauf chez les personnes de 15 à 24 ans, chez lesquelles seulement 10 % fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (données non présentées).

Tableau 29.12
Indice de soutien social selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Faible	Élevé
	%	
Importance accordée à la vie spirituelle		
Hommes		
Très ou assez importante	21,6	78,4
Peu ou pas importante	24,1	75,9
Femmes		
Très ou assez importante	16,4	83,6
Peu ou pas importante	19,9	80,2
Sexes réunis		
Très ou assez importante	18,6	81,4
Peu ou pas importante	22,4	77,6
Appartenance religieuse actuelle		
Hommes		
Aucune	24,8	75,2
Catholique romaine	21,9	78,1
Autres	24,3	75,7
Femmes		
Aucune	22,2	77,9
Catholique romaine	16,5	83,5
Autres	14,9	85,1
Sexes réunis		
Aucune	23,6	76,4
Catholique romaine	19,1	80,9
Autres	19,5	80,5
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Hommes		
Plus d'une fois par mois	19,5	80,5
Une fois par mois ou moins	20,3	79,8
Jamais	27,2	72,8
Femmes		
Plus d'une fois par mois	14,9	85,1
Une fois par mois ou moins	15,4	84,6
Jamais	22,8	77,2
Sexes réunis		
Plus d'une fois par mois	16,8	83,2
Une fois par mois ou moins	17,8	82,2
Jamais	25,2	74,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Bien que deux personnes sur trois (65 %) disent considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante, la majorité de la population fréquente une église ou un lieu de culte une fois par mois ou moins (43 %) ou jamais (31 %), 26 % s'y rendant plus d'une fois par mois. La proportion de personnes fréquentant un tel lieu plus d'une fois par mois est moins élevée en 1998 qu'en 1987 et celle des gens qui n'y vont jamais est aussi plus élevée en 1998 qu'en 1987. Les résultats d'enquêtes pancanadiennes réalisées de 1975 à 1995 et colligées par Bibby (1995) semblent corroborer ces constatations. Selon Bibby, en 1995, 65 % de la population canadienne accordait « beaucoup » ou « assez » d'importance à la spiritualité. Par ailleurs, au Canada, la fréquentation hebdomadaire d'un lieu de culte serait passée de 31 % en 1975 à 25 % en 1995; cette baisse serait plus évidente encore chez les Québécois (de 35 % en 1975 à 19 % en 1995) (Bibby, 1995).

Sur le plan général de la santé, les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont proportionnellement plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. On remarque toutefois un effet de l'âge et des données qui semblent parfois contradictoires d'un groupe d'âge à l'autre. Dans ce domaine, l'analyse multivariée pourrait être particulièrement utile. Par exemple, la sévérité des limitations (si on l'associe à l'âge) constitue un facteur important, qui pourrait expliquer que les personnes âgées qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais ont proportionnellement moins tendance à fréquenter une église ou un lieu de culte, alors qu'on semble observer une tendance inverse chez les personnes de 45 à 64 ans.

Il est possible, comme le proposent Fehring et autres (1987) et Ellison et Levin (1998), que certaines personnes souffrant de problèmes de santé physique ou de limitations d'activités aient recours à la religion ou à la spiritualité pour les aider à faire face à une situation perçue comme stressante et pour atténuer leur détresse. Par ailleurs, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne permettent pas de confirmer l'hypothèse d'Ellison et Levin, selon laquelle la capacité de faire face (« coping »), que ce soit en ayant recours à la religion ou à la spiritualité, constituerait un facteur important pour prévenir les problèmes de santé ou accélérer le processus de guérison. Pour confirmer ou infirmer une telle hypothèse, il faudrait une étude longitudinale qui tienne compte d'un ensemble de facteurs tels l'état de santé, le soutien social, le niveau socioéconomique, l'âge, le sexe, etc., parmi lesquels la religion et la spiritualité constitueraient également des variables d'analyse.

Sur le plan de la santé mentale, on a pu constater que les personnes qui disent appartenir à une religion et fréquentent une église ou un lieu de culte sont moins nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et moins nombreuses à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. Il y a probablement là un effet d'âge, puisque c'est chez les jeunes qu'on trouve davantage de détresse psychologique et d'idées suicidaires et que c'est chez eux également que la fréquentation d'un lieu de culte est à son plus bas niveau. Encore une fois, une analyse multivariée qui prendrait en compte diverses autres variables, parmi lesquelles le statut socioéconomique et le statut d'activité, permettrait sans doute d'évaluer davantage l'impact de différents facteurs sur le bien-être psychologique.

Ces données tendent à confirmer les observations faites par Lacombe (1998) à partir de l'enquête *Santé Québec 1987*. En effet, ces observations montrent que les Québécois qui fréquentent une église ou un lieu de culte une fois par semaine ou plus sont, en proportion, moins nombreux à présenter un niveau de détresse psychologique élevé, des idées suicidaires sérieuses, des tentatives de suicide et une consommation excessive d'alcool que ceux qui fréquentent un lieu de culte une fois par mois ou moins.

Comme d'autres chercheurs l'ont déjà noté, on remarque ici un certain lien entre la fréquentation d'un lieu de culte et plusieurs habitudes de vie (Ellison et Levin, 1998; Lacombe, 1998; Wallace et Forman, 1998), ainsi qu'avec le soutien social (Ellison et Levin, 1998). En effet, on observe que les personnes qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette, à consommer de l'alcool et à consommer de la drogue; en outre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Par ailleurs, la nature du lien entre la fréquentation d'un lieu de culte et les événements traumatisants vécus à l'enfance ou à l'adolescence tend à soutenir l'une des hypothèses d'Ellison et Levin (1998) à l'effet que ces événements incitent les individus à diminuer leurs comportements religieux. L'ensemble de ces résultats gagnerait à être exploré davantage. Une étude longitudinale pourrait apporter une réponse éclairée quant à l'influence des comportements reli-gieux sur la santé et les habitudes de vie et vice-versa.

Enfin, parmi les pistes de recherche, on peut aussi mentionner l'intérêt de développer un indice de valeurs spirituelles qui permettrait de tenir compte de l'aspect multidimensionnel de la spiritualité.

Éléments de réflexion pour la planification

Dans l'ensemble, on a pu constater que la spiritualité et/ou la religion revêtent une grande importance pour bon nombre de Québécois. Certaines interventions dans le domaine de la santé gagneraient à tenir compte de ce fait et les intervenants devraient pouvoir, au besoin, reconnaître la dimension spirituelle comme une source possible de soutien psychosocial pour certains de leurs patients (Feher et Maly, 1999).

Par ailleurs, s'il s'avère que la spiritualité et/ou la religion peuvent dans certains cas agir comme un facteur de protection de la santé, il y a tout lieu de s'interroger sur les nouveaux comportements des Québécois dans ce domaine, et sur ce qui a pu remplacer la pratique religieuse traditionnelle. Bibeau (1999) explore partiellement ce champ et mentionne entre autres le passage, pour plusieurs, d'une religion instituée à une religion ou une spiritualité qu'on pourrait qualifier de personnelle. Il évoque aussi « la place éminente que le recours à la spiritualité, à l'écologie et à la santé dite holistique joue aujourd'hui dans la vaste industrie du mieux-être ». On ne saurait préjuger de l'impact, positif ou négatif, de ces nouvelles tendances sur les habitudes de vie et l'état de santé des Québécois concernés; on peut croire, tout au plus, que ces dimensions gagneraient à être explorées davantage.

Bibliographie

BANKS, R. L., D. L. POEHLER et R. D. RUSSELL (1984). « Spirit and human-spiritual interaction as a factor in health and in health education », *Health Education*, vol. 15, n° 5, p. 16-19.

BARIL, D. (1999). « Nous sommes tous des animistes », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 90-102.

BIBBY, R. W. (1995). *Social trends canadian style*, Stoddart, Toronto, 148 p.

BIBEAU, G. (1999). *Religions et identités, huit propositions pour imaginer une « clinique interculturelle de l'étranger »*, conférence prononcée au colloque Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : les enjeux de l'intervention, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, 8 juin.

BOISVERT, D. (1999). « Voyage au pays de la spiritualité », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 37-46.

CHAPMAN, L. S. (1986). « Spiritual health: a component missing from health promotion », *American Journal of Health Promotion*, vol. 1, p. 38-41.

CHAPMAN, L. S. (1987). « Developing a useful perspective on spiritual health: well-being, spiritual potential and the search for meaning », *American Journal of Health Promotion*, vol. 1, n° 3, p. 31-39.

DAMIANI, C. (1999). « Réflexion d'une sociologue sur son terrain de recherche », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 120-134.

ELKINS, D. N., L. J. HEDSTROM, L. L. HUGHES, J. A. LEAF et C. SAUNDERS (1988). « Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description and measurement », *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 28, n° 4, p. 5-18.

ELLISON, C. G., et J. S. LEVIN (1998). « The religion-health connexion: evidence, theory, and future directions », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 700-720.

FALLOT, R. D. (1998). « The place of spirituality and religion in mental health services », *New Directions for Mental Health Services*, n° 80, p. 3-12.

FEHER, S., et C. R. MALY (1999). « Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith », *Psycho-Oncology*, vol. 8, n° 5, p. 408-416.

FEHRING, R., P. BRESMAN et M. KELLEX (1987). « Psychological and spiritual well-being in college students », *Research in Nursing and Health*, vol. 10, n° 6, p. 391-398.

LACOMBE, H. (1998). *Religion et santé mentale : la pratique religieuse est-elle un facteur protecteur de la santé mentale?* mémoire de maîtrise en intervention sociale, Université du Québec à Montréal, 110 p.

LANDIS, B. J. (1996). « Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 3, p. 217-231.

LÉVY, J., A. DUPRAS, M. PERREAULT, M. DORAIS et L.-R. FRIGAULT (1995). *Style de vie et comportements sexuels des hommes francophones de Montréal ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes*, rapport de recherche, projet subventionné par le CQRS, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Montréal, 57 p.

MASLOW, A. H. (1976). *The farther reaches of human nature*, Penguin Books, New York, 432 p.

MICKLEY, J., et K. SOEKEN (1993). « Religiousness and hope in hispanic- and anglo-american women with breast cancer », *Oncology Nursing Forum*, vol. 20, n° 8, p. 1171-1177.

RIOUX, M. (1999). « Moins d'encens, plus de sens », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 47-56.

WALLACE, J. M., et T. A. FORMAN (1998). « Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 721-741.

Tableaux complémentaires

Tableau C.29.1

Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		Pe
	%	'000
Importance accordée à la vie spirituelle		
Très importante	29,8	1 739
Assez importante	35,4	2 064
Peu importante	24,6	1 431
Pas importante du tout	10,2	591
Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé		
Oui, beaucoup	36,9	2 150
Oui, un peu	32,5	1 893
Non, pas du tout	21,3	1 242
Ne sait pas	9,3	540
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Plus d'une fois par semaine	4,6	270
Une fois par semaine	11,9	701
Plus d'une fois par mois	9,5	557
Plus d'une fois par an	42,7	2 478
Ne fréquente jamais	31,3	1 818
Appartenance religieuse actuelle		
Aucune	13,7	797
Catholique romaine	78,4	4 568
Église Unie	1,3	76
Anglicane	1,0*	61
Grecque orthodoxe	0,8*	48
Juive	0,7*	42
Islamique	0,9*	52
Autre	3,2	181

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.29.2
Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Perception de l'état de santé					
15-24 ans					
Excellent ou très bon	42,2	57,8	10,4	48,2	41,4
Bon	45,8	54,2	10,0	45,9	44,1
Moyen ou mauvais	43,0	57,0	11,5**	45,9	42,6
25-44 ans					
Excellent ou très bon	62,9	37,1	15,4	51,0	33,6
Bon	60,8	39,2	16,7	49,1	34,2
Moyen ou mauvais	62,4	37,6	12,2*	49,0	38,8
45-64 ans					
Excellent ou très bon	71,4	28,6	30,6	40,7	28,7
Bon	73,1	26,9	35,7	39,2	25,1
Moyen ou mauvais	76,7	23,3	38,0	32,8	29,2
65 ans et plus					
Excellent ou très bon	84,8	15,2	61,8	22,6	15,6
Bon	84,0	16,0	61,6	22,9	15,4
Moyen ou mauvais	83,8	16,2	53,2	21,4	25,4
Problèmes de santé de longue durée					
15-24 ans					
Aucun problème	41,8	58,2	11,2	47,1	41,8
Au moins un problème	45,9	54,1	9,3	48,2	42,5
25-44 ans					
Aucun problème	61,1	38,9	17,1	51,0	31,9
Au moins un problème	63,1	36,9	14,7	49,3	36,0
45-64 ans					
Aucun problème	69,2	30,8	31,9	40,8	27,2
Au moins un problème	74,7	25,3	34,1	38,2	27,7
65 ans et plus					
Aucun problème	81,1	18,9	57,1	25,5	17,4
Au moins un problème	85,0	15,0	60,6	21,6	17,8
Limitations d'activité à long terme					
15-24 ans					
Non limité	43,4	56,6	10,4	47,2	42,5
Limité	49,1	50,9	9,5**	59,5	31,0
25-44 ans					
Non limité	61,7	38,4	15,9	50,4	33,7
Limité	69,3	30,7	14,6	45,6	39,8
45-64 ans					
Non limité	72,0	28,0	32,8	40,1	27,1
Limité	78,0	22,0	36,8	33,1	30,1
65 ans et plus					
Non limité	83,9	16,1	62,4	21,2	16,4
Limité	85,9	14,1	50,5	26,5	23,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.29.3

Proportion de buveurs actuels selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Buveurs actuels (12 derniers mois)			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	83,5	84,7	78,7	57,6
Peu ou pas importante	90,2	90,7	86,7	64,8
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	92,5	88,4	87,1	62,6
Catholique romaine	87,3	88,5	80,8	58,0
Autres	68,7	68,1	80,3	67,7
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	69,0	76,6	74,1	56,3
Une fois par mois ou moins	89,8	90,1	84,5	67,8
Jamais	89,4	87,2	84,4	56,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.29.4

Proportion de fumeurs réguliers selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Fumeurs réguliers			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	25,3	33,8	27,9	15,6
Peu ou pas importante	30,2	39,1	34,9	28,2
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	34,9	38,1	30,9	14,8**
Catholique romaine	25,7	36,8	30,0	17,7
Autres	22,5*	20,8	28,0	16,5*
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	12,6*	21,5	19,6	11,2
Une fois par mois ou moins	25,0	35,7	31,3	22,1
Jamais	35,2	42,5	40,3	31,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau C.29.5

Proportion de consommateurs de drogues selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Consommateurs actuels[1]			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	34,0	13,6	2,9	–
Peu ou pas importante	41,1	20,2	6,0	0,1**
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	54,2	27,0	10,9*	0,4**
Catholique romaine	33,7	15,0	3,0	–
Autres	15,9*	6,7*	2,7**	–
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	16,4*	6,9	0,8**	–
Une fois par mois ou moins	35,3	15,1	3,4*	–
Jamais	46,4	21,9	7,8	0,1**

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 30

Conclusion générale

Lucie Chénard
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
et
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carole Daveluy
Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Aline Émond
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Le présent rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* vise à rendre compte de l'état de santé et de bien-être des Québécois, plus particulièrement de son évolution depuis les enquêtes générales de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993. Chaque chapitre présente l'analyse d'un thème spécifique consacré soit à la description de l'état de santé ou de bien-être, soit à celle de ses nombreux déterminants, sur une base démographique, socioéconomique et sanitaire permettant ainsi d'identifier les caractéristiques des groupes les plus vulnérables en matière de santé.

En guise de conclusion générale au rapport, une vue d'ensemble rappelle d'abord les faits marquants glanés au fil des chapitres précédents; elle fait état des gains et des pertes enregistrés depuis 1987 ou depuis 1992-1993, selon le cas, et de résultats sur des aspects étudiés pour la première fois en 1998. Ce bilan débute par la description de l'état de santé et de bien-être, qui représente la finalité des interventions et des services, et pour laquelle la présente enquête est une source d'information unique. La deuxième partie du bilan s'attarde aux déterminants étudiés dans l'enquête.

Faire le point sur l'état de santé et de bien-être des Québécois constitue un défi de taille. Un tel aperçu ne peut, dans le cadre de la présente conclusion, rendre compte de l'ensemble des dimensions étudiées et des associations rapportées dans les différents chapitres ou qui le seront dans les monographies publiées ultérieurement. Rappelons, par ailleurs, que la *Politique de la santé et du bien-être* s'appuyait dans une large mesure sur les données de l'enquête *Santé Québec 1987*. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, pour lesquelles des comparaisons sont possibles avec la majorité des thèmes de l'enquête de 1987, permettent ainsi d'apprécier les progrès réalisés depuis la publication de la Politique en 1992.

L'objectif ultime de la présente démarche est de fournir aux planificateurs et aux décideurs du réseau de la santé et des services sociaux une première série de renseignements utiles à l'orientation des politiques et des programmes. Les auteurs ont, à tour de rôle, proposé des pistes d'action ou de réflexion pour la planification et la prise de décision. La présente conclusion fournit l'occasion d'en faire le rappel. Des analyses complémentaires devront toutefois être réalisées par les chercheurs des divers milieux afin d'étoffer ces premiers résultats et de répondre aux besoins d'information propres à chaque sphère d'intervention ou de planification.

30.1 Vue d'ensemble

30.1.1 Des gains et des pertes depuis 1987 ou 1992-1993

État de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

La très grande majorité de la population de 15 ans et plus, soit près de 9 personnes sur 10, perçoit son état de santé comme bon, très bon ou excellent. La perception qu'ont les Québécois de leur état de santé est demeurée sensiblement la même depuis 1987, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, des variations sont observées en fonction de l'âge. Ainsi, la santé telle que perçue par les personnes de 45 ans et plus tend à s'améliorer alors que le contraire se produit pour les plus jeunes. En effet, une plus grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais en 1998 qu'en 1987. Même si l'écart entre les groupes d'âge tend à s'atténuer, il n'en demeure pas moins que les personnes plus âgées évaluent plus négativement leur santé que les plus jeunes. Il faut souligner que la perception de la santé est associée à de nombreux indicateurs : problèmes de santé, limitations d'activité, recours aux services de santé, consommation de médicaments, occupation, niveau de soutien social, usage de la cigarette, activité physique de loisir, poids corporel, etc.

Problèmes de santé

Près des deux tiers des Québécois déclarent avoir au moins un problème de santé. La proportion de personnes ayant rapporté au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes et elle augmente avec l'âge chez les individus des deux sexes. La moitié de la population signale au moins un problème de longue durée, soit d'une durée de 6 mois ou plus. Les personnes les plus pauvres, de même que celles qui sont à la retraite, à la maison ou en chômage, sont plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de longue durée. Environ 10 % de la population ne rapporte que des problèmes de courte durée. Par rapport à 1987, on constate une augmentation de la proportion de personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé.

Les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population. Les problèmes de santé les plus fréquents sont demeurés les mêmes entre 1987 et 1998, mais leur prévalence s'est légèrement accrue durant cette période. En effet, comparativement aux données de 1987 et ainsi qu'on l'anticipait, on note une augmentation de la prévalence de la majorité des problèmes de santé déclarés et, plus particulièrement des problèmes cités plus haut, auxquels il faut ajouter le diabète. Il faut souligner que les problèmes les plus prévalents varient passablement d'un groupe d'âge à l'autre, information sur laquelle on trouvera le détail au chapitre sur les problèmes de santé.

Accidents avec blessures

En 1998, environ 65 Québécois sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. Ces accidents se produisent principalement au domicile, à l'intérieur comme à l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives.

On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette réduction, qui est de l'ordre de 20 %, va dans le sens des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. L'amélioration touche principalement les groupes d'âge de 15 à 44 ans, groupes pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail. Les accidents qui surviennent dans les autres endroits n'ont pas connu de baisse significative au cours de cette période, pas plus que les accidents qui touchent les personnes de 75 ans et plus. Chez ces dernières, les accidents se produisent principalement au domicile.

Santé mentale

La proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou à faible revenu. La diminution de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1992-1993 et 1998 constitue un fait marquant de la présente enquête, puisqu'on avait observé l'inverse entre 1987 et 1992-1993. Mentionnons toutefois que les jeunes de 15 à 24 ans, bien qu'ayant amélioré leur position par rapport à l'enquête précédente, sont proportionnellement plus nombreux qu'en 1987 à se classer au niveau élevé de l'indice. Quant aux personnes de 65 ans et plus, leur situation, évaluée à l'aide de cet indice, semble indiquer une amélioration puisque la proportion de celles qui se classent à ce niveau élevé tend à diminuer entre les trois enquêtes.

Idées suicidaires et parasuicides

Environ 222 000 Québécois de 15 ans et plus disent avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. La prévalence des idées suicidaires est passée de 3,1 % en 1987 à 3,7 % en 1992-1993, pour atteindre finalement 3,9 % en 1998. L'augmentation entre les enquêtes n'est pas statistiquement significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes à rapporter des idées suicidaires. Comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

Cinq personnes de 15 ans et plus sur 1 000 ont déclaré avoir posé des gestes suicidaires (parasuicides) au cours d'une période de 12 mois. Les prévalences sont ici aussi les mêmes pour les femmes que pour les hommes et n'ont pas varié de façon significative depuis 1987. C'est chez les personnes de 15 à 24 ans que l'on observe la prévalence la plus élevée. Par ailleurs, près de 4 personnes sur 10 ayant posé un geste suicidaire ont déclaré avoir été à l'urgence d'un centre hospitalier à la suite de leur tentative de suicide.

Incapacité et limitations d'activité

Environ un Québécois sur dix vivant en ménage privé présente des limitations d'activité à long terme. Depuis 1987, la proportion de la population qui est ainsi limitée a augmenté sensiblement, surtout chez les personnes de 65 ans et plus. La prévalence des limitations d'activité est plus élevée chez les personnes pauvres, les personnes les moins scolarisées, les ouvriers et les personnes sans emploi ou à la retraite. Pour 80 % des personnes touchées, les maladies chroniques dégénératives et les anomalies congénitales sont à l'origine de ces limitations d'activité. Les problèmes ostéo-articulaires figurent toujours au premier rang et sont environ deux fois plus souvent la cause de limitations d'activité à long terme que les maladies cardiovasculaires (MCV) ou les maladies respiratoires. Les problèmes de santé mentale et les accidents représentent respectivement 8 % des causes de limitations d'activité.

Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Usage du tabac

On sait que l'usage du tabac est associé à des problèmes de santé importants (MCV, cancer, etc.). Or, en 1998, 34 % des Québécois de 15 ans et plus fument la cigarette soit tous les jours (31 %), soit à l'occasion (3,5 %). La prévalence de l'usage de la cigarette est demeurée la même qu'en 1992-1993. Dans l'ensemble, les femmes fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes. Plus particulièrement, les jeunes femmes de 20 à 24 ans sont, en proportion, nettement moins nombreuses que les hommes de leur âge à s'adonner à cette habitude. Toutefois, il faut souligner qu'aucune différence n'est observée entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans. Par rapport à 1987, le tabagisme n'est pas en hausse chez les jeunes de ce groupe d'âge et a même diminué chez les jeunes filles. Par ailleurs, il est important de mentionner que 77 % des fumeurs ont un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur et que, par conséquent, les programmes ciblant les plus démunis sur le plan socioéconomique, bien que légitimes, ne visent que 23 % des fumeurs.

Consommation d'alcool

En 1998, environ 4 Québécois sur 5 de 15 ans et plus (80 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois. Il s'agit, par rapport à 1992-1993, d'une faible augmentation de la proportion de buveurs actuels. La proportion la plus élevée de buveurs actuels se retrouve chez les personnes de 15 à 44 ans et, de façon générale, chez les hommes. On connaît les problèmes sociaux et de santé associés à une consommation excessive d'alcool (violence, risque accru d'accidents avec blessures ...). Or, depuis 1992-1993, on note également une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire. On constate aussi une augmentation de la consommation élevée d'alcool, qui se manifeste pour l'ensemble de la population, quant à la prise d'au moins 5 consommations en une même occasion, et ce, 5 fois ou plus en 12 mois, et pour les 15-24 ans, en ce qui a trait à l'enivrement 5 fois ou plus au cours d'une période de 12 mois. Il faut souligner que la consommation élevée d'alcool demeure significativement plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Dans ce dernier groupe, les 15-17 ans continuent toutefois de se démarquer des autres par une plus faible proportion de buveurs actuels, même si cette proportion a crû en 1998, et par une plus faible consommation hebdomadaire.

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus affirment n'avoir jamais consommé de drogues. Une personne sur cinq déclare en avoir consommé au cours d'une période de douze mois. La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le produit, allant de la diminution de la coordination motrice à la dépendance physique ou psychologique. Toutes proportions gardées, les consommateurs sont majoritairement des jeunes et majoritairement des hommes. La proportion de consommateurs de drogues, plus spécifiquement de marijuana, semble augmenter graduellement au cours des années, bien qu'il faille être prudent avec les comparaisons entre les données de 1992-1993 et celles de 1998, les indicateurs n'étant pas tout à fait les mêmes. De plus, près de 4 % de la population consomme des tranquillisants et des somnifères sans ordonnance. L'usage de drogues est associé à la consommation d'alcool et à la consommation de tabac. Aussi, comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs actuels sont proportionnellement plus nombreux (55 %) chez les personnes qui ont consommé au moins une drogue (marijuana ou autre) et chez les polyutilisateurs d'alcool et de drogues.

Activité physique

La pratique régulière d'activité physique contribue, entre autres, à la prévention des MCV et au maintien de l'intégration sociale des personnes retraitées. Or, près de 30 % des Québécois de 15 ans et plus ne font pas d'activité physique durant leurs temps libres, alors qu'environ le quart de la population en fait 3 fois ou plus par semaine. Cependant, près de la moitié de la population (48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Par rapport à 1992-1993, la proportion de personnes sédentaires tend à augmenter (chez les hommes), alors que celle qui est active reste stable. Bien que l'intention de pratique à moyen terme demeure très majoritairement positive, elle tend à diminuer. Les activités physiques les plus populaires sont la marche, la baignade, la danse, le vélo et le jardinage. Au plan de l'activité physique au travail, plus du quart des personnes rapportent un niveau appréciable d'exigences physiques dans leur activité principale.

Poids corporel

Plusieurs études ont démontré l'association entre le poids corporel et le risque de MCV, de diabète et de cancer. On constate toutefois que la proportion de Québécois de 15 ans et plus se classant à la catégorie excès de poids semble augmenter de façon constante depuis 1987. Elle atteint, en 1998, 28 % de la population (c. 20 % en 1987 et 25 % en 1992-1993). Le phénomène touche particulièrement les hommes et les personnes moins scolarisées et semble progresser dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 15 à 19 ans. Les personnes se classant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement moins nombreuses à présenter un niveau plus élevé de pratique d'activité physique de loisir que les personnes se classant dans la catégorie de poids acceptable. Au total, la moitié des femmes et le tiers

des hommes de 15 ans et plus désirent perdre du poids. D'autre part, 80 % des hommes et 52 % des femmes de 20 à 64 ans qui se classent dans la catégorie poids santé désirent maintenir leur poids. Les principales raisons invoquées pour changer de poids relèvent de motifs liés à la santé ou à l'amélioration de l'apparence. Par ailleurs, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant une insuffisance de poids serait de l'ordre de 9 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes.

Divers comportements de santé propres aux femmes

Environ 27 % des Québécoises de 15 ans et plus pratiquent l'auto-examen des seins (AES) chaque mois et près de 50 % déclarent avoir passé un examen clinique des seins (ECS) depuis moins de 12 mois. Ces proportions sont respectivement de 35 % (AES) et de 53 % (ECS) chez les femmes de 50 à 69 ans, groupe d'âge particulièrement visé par le programme de dépistage du cancer du sein. Ces dernières mentionnent avoir subi une mammographie depuis deux ans ou moins dans une proportion de 64 % (comparativement à 29 % de l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus). En 1998, la proportion de femmes ayant passé un test de PAP depuis moins de 12 mois est de 44 % (54 % chez les 15-29 ans). Tandis que la proportion de jeunes femmes de 15 à 29 ans disant avoir passé un ECS ou une mammographie tend à diminuer depuis 1987, celle des femmes de 50 ans et plus semble augmenter, et ce, tant pour l'ECS et la mammographie que pour l'AES. Globalement, la proportion d'utilisatrices de contraceptifs oraux semble avoir augmenté depuis 1992-1993, et ce, particulièrement chez les femmes de 25 à 34 ans. Le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans. Cette proportion est comparable à celle observée en 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicaments, en janvier 1997, qui aurait pu en augmenter l'accessibilité. Les femmes de 45 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses en 1998 qu'en 1987 et 1992-1993 à avoir recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause.

Familles et santé

Entre 1987 et 1998, le portrait des ménages et des familles s'est modifié de manière telle que la proportion des ménages non familiaux composés majoritairement d'une seule personne augmente de manière sensible et représente maintenant près du tiers des ménages. Par ailleurs, le portrait des ménages familiaux, comportant au moins un enfant de moins de 18 ans, se modifie de telle sorte que la proportion des familles biparentales intactes (70 %), qui représentent la majorité des familles, diminue aux dépends des familles monoparentales (20 %) et des familles recomposées (10 %).

En ce qui a trait aux parents faisant partie de familles monoparentales ou recomposées, les résultats indiquent que le climat qui a entouré la séparation de l'autre parent de l'un de leurs enfants mineurs est jugé bon ou assez bon par plus de 60 % d'entre eux. La persistance des contacts entre parents et enfants à la suite de la rupture d'union semble plus fréquente lorsque celle-ci est survenue depuis moins de douze mois puisque, dans plus d'un cas sur cinq, la garde des enfants est partagée, alors que pour les ruptures d'union survenues depuis cinq ans ou plus, seulement 10 % des enfants sont en garde partagée. Par ailleurs et de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et présentent un meilleur profil sur le plan de la santé et du bien-être.

Environnement de soutien

Parmi la population de 15 ans et plus, plus de 8 Québécois sur 10 vivent avec d'autres personnes (86 %). Entre 1992-1993 et 1998, la proportion de personnes qui vivent seules est demeurée inchangée à une personne sur sept. Il y a davantage de femmes que d'hommes qui vivent seules, surtout des femmes de 65 ans et plus. Parmi les personnes qui vivent seules, peu nombreuses sont celles qui s'en disent malheureuses. Force est de constater que ce sont les personnes veuves, séparées ou divorcées qui sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir un faible indice de soutien social. Selon les composantes de l'indice, 13 % des Québécois sont insatisfaits de leur vie sociale, un sur dix n'a pas de confident et

environ un sur vingt présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : ne participe jamais à des rencontres sociales, n'a pas d'ami, n'a personne pour l'aider s'il est mal pris ou encore, n'a personne pour lui manifester de l'affection. Ces considérations sont plus souvent rapportées par des femmes que par des hommes et par les personnes qui ont entre 25 et 64 ans. Les plus jeunes, comme les plus âgés, obtiennent, globalement et pour les composantes de l'indice, des résultats plus favorables. Entre 1992-1993 et 1998, les caractéristiques de l'environnement social et l'appréciation qu'en font les personnes n'ont ni régressé, ni progressé, à l'exception d'une proportion plus importante de personnes de 25 à 64 ans insatisfaites de leur vie sociale.

Autonomie décisionnelle au travail

Des études ont démontré que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les autres travailleurs. Les résultats indiquent une augmentation importante de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail entre 1992-1993 et 1998, cette situation s'appliquant maintenant à plus de la moitié des travailleurs (56 % c. 44 % en 1992-1993). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à y être soumises. En outre, l'état de santé mentale et l'état de santé générale sont moins souvent qualifiés d'excellents par les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail. Les individus qui ont un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail sont en proportion plus nombreux à rapporter un niveau élevé de soutien social.

Recours aux services des professionnels de la santé ou des services sociaux

Sur une période de deux semaines, une personne sur quatre a consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux, le taux de consultation étant plus élevé parmi les personnes de 45 ans et plus que parmi celles de moins de 45 ans. Les femmes sont toujours proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consulter un professionnel de la santé. Entre 1987 et 1998, le taux de consultation d'un professionnel de la santé a légèrement progressé, cette progression ayant été enregistrée entre 1992-1993 et 1998. Alors que le taux de consultation d'un médecin est demeuré inchangé durant cette dernière période, la consultation de professionnels autres que des médecins a progressé, mais cette progression serait attribuable à une augmentation des consultations auprès des pharmaciens. Les deux tiers des consultations ont lieu à un cabinet privé. Environ 4 consultations auprès d'un généraliste sur 10 sont faites sans rendez-vous. Plus du tiers des consultations en bureau privé sont effectuées sans rendez-vous, alors que c'est le cas pour la moitié des consultations en CLSC. Environ la moitié des personnes ayant consulté sur rendez-vous ont pu voir un généraliste en moins d'une semaine, alors que plus du tiers ont pu voir un spécialiste après un mois ou plus. Le taux de satisfaction en ce qui a trait au temps d'attente est supérieur à 80 % et il est plus élevé pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes.

L'accessibilité aux professionnels de la santé et des services sociaux diffère également selon le lieu de résidence des personnes et le lieu de pratique des professionnels. Ainsi, les personnes résidant en région centrale ont un taux de consultation supérieur à celui des personnes résidant en région éloignée, cela s'appliquant aussi bien aux médecins, généralistes ou spécialistes, qu'aux professionnels autres que des médecins. De manière générale, environ 10 % des consultations auprès d'un médecin généraliste nécessitent un déplacement d'au moins 20 kilomètres; pour les médecins spécialistes, autour de 20 % des consultations nécessitent de tels déplacements. L'accessibilité aux professionnels reflète leur répartition géographique, les taux de consultation étant plus faibles en régions éloignées, là où les effectifs sont les plus réduits.

Le taux de consultation des professionnels de la santé et des services sociaux varie en fonction de l'état de santé, plus particulièrement en fonction de la perception de l'état de santé, de la présence d'un ou de plus d'un problème de santé et de la présence d'incapacité. Ainsi, moins de 10 % des personnes n'ayant aucun problème de santé ont consulté un

professionnel de la santé sur une période de deux semaines, alors qu'environ une personne sur deux ayant plus d'un problème de santé, une limitation d'activité ou une perception négative de son état de santé a consulté un professionnel de la santé. Une consultation sur quatre a été faite à des fins de prévention. Le principal motif de santé invoqué pour consulter un professionnel demeure les problèmes ostéo-articulaires suivis des maladies respiratoires. Sur une période de 12 mois, le taux de consultation est plus élevé et la fréquence est également plus grande pour les personnes dont les problèmes de santé sont chroniques.

Consommation de médicaments

Rappelons que depuis janvier 1997, soit un an avant le début de la présente enquête, tous les Québécois bénéficient d'une assurance médicaments. Le recours aux soins et services, considéré sous l'angle de la consommation de médicaments, indique que la proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament sur une période de deux jours (53 %) est comparable entre 1992-1993 et 1998. La proportion de consommateurs de 3 médicaments et plus est passée de 8 % en 1987 à 17 % en 1998 et c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle est la plus élevée (52 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits semble un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (34 % c. 31 %). La proportion des femmes ayant consommé des médicaments, prescrits ou non prescrits, est plus élevée que celle des hommes. La consommation de médicaments prescrits augmente avec l'âge et elle est associée à la perception de l'état de santé. Les vitamines et minéraux figurent en tête de liste des différentes classes de médicaments avec une personne sur cinq ayant consommé de tels produits au cours d'une période de deux jours. Les classes de médicaments dont la proportion d'utilisateurs a augmenté entre 1992-1993 et 1998 sont les analgésiques et les stimulants. La proportion d'utilisateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires a par ailleurs diminué entre les deux enquêtes.

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Environ la moitié de la population est couverte par un régime d'assurance privé pour les médicaments prescrits et pour les frais liés à un séjour hospitalier. Le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires et un peu plus du quart pour les examens de la vue. Quatre Québécois sur dix peuvent se prévaloir des services fournis par des physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes ... par le biais d'un régime d'assurance privé. Parmi les personnes assurées, 89 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Les personnes assurées ont davantage recours aux dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs que celles qui ne sont pas assurées. Les personnes qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé recourent en plus grande proportion à ces professionnels lorsqu'elles sont assurées.

30.1.2 Nouveautés en 1998

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a été l'occasion d'étudier plusieurs nouveaux sujets venant compléter la description de l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants.

État de santé et de bien-être

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Environ 7 % des Québécois de 16 ans et plus vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, cette proportion atteignant 26 % chez les personnes de 75 ans et plus. Fait à signaler, seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre ont déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème. Par ailleurs, 3 % des personnes de 15 ans et plus présentent des acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles).

Près de 40 % des Québécois de 7 ans et plus ont de la difficulté à voir de près. Mais, on estime qu'environ 70 % des personnes de 45 ans et plus sont touchées par le problème. Toujours chez les individus de 7 ans et plus, les troubles de vision de loin sont présents

chez environ le quart d'entre eux. Les personnes de 75 ans et plus semblent les plus touchées, soit environ 2 personnes sur 5.

Perception de la santé mentale

Une proportion très élevée des Québécois de 15 ans et plus qualifient leur santé mentale d'excellente, très bonne ou bonne (92 %). Ces résultats montrent qu'il y a cohérence entre la perception de l'état de santé mentale et celle de l'état de santé en général.

Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Fumée de tabac dans l'environnement (FTE)[1]

Il est maintenant reconnu que la FTE est nuisible à la santé; or, 37 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent y être exposés à la maison de façon quotidienne ou quasi quotidienne, soit un peu moins du quart des non-fumeurs et près des deux tiers des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, environ le quart des Québécois se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque, soit 19 % des non-fumeurs et 39 % des fumeurs.

Alimentation et insécurité alimentaire

La majorité (85 %) des Québécois de 15 ans et plus ont une perception positive de leurs habitudes alimentaires qu'elles qualifient de bonnes, très bonnes ou excellentes. Depuis 1990, date de l'*Enquête québécoise sur la nutrition*, la proportion de personnes qui qualifient leurs habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes a nettement augmenté. En général, les résultats indiquent que les personnes seules et moins avantagées sur le plan socioéconomique sont, en proportion, plus nombreuses à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires.

Au plan des pratiques alimentaires, environ 20 % des personnes de 15 ans et plus consomment au moins 4 repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, pratique qui mérite une attention particulière puisque le contrôle qu'on peut exercer sur la qualité de l'alimentation s'en trouve diminué. Une proportion presque équivalente de personnes mangent habituellement seules lors des repas pris à la maison, habitude généralement associée à une alimentation moins adéquate que lorsque les repas sont pris avec d'autres personnes. Depuis 1990, on observe une augmentation de la proportion d'hommes qui mangent seuls, principalement chez les 18-24 ans.

Les résultats indiquent que près d'un Québécois sur dix (8 %) est touché par l'insécurité alimentaire qui se manifeste entre autres par la monotonie du régime alimentaire, ou encore par le fait de devoir restreindre son apport alimentaire ou de ne pas être en mesure d'offrir des repas équilibrés à ses enfants. Ce problème touche près d'une personne pauvre sur cinq et environ quatre personnes très pauvres sur dix, plus du quart des personnes sans emploi et environ une famille monoparentale sur cinq. De plus, l'insécurité alimentaire est associée à la perception de l'état de santé, au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social.

Comportements sexuels et utilisation du condom

Certains groupes de la population présentent des comportements sexuels augmentant les risques de transmission de MTS et du VIH, mais également celui de la survenue de grossesses non désirées.

Près des trois quarts des personnes hétérosexuelles mentionnent n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois. Par contre, une personne sexuellement active sur dix a plus d'un partenaire sexuel et, fait à souligner, 60 % de celles-ci ont un comportement à risque en n'utilisant pas un condom de façon systématique, et ce, plus particulièrement chez les personnes ayant aussi un partenaire régulier avec lequel elles vivent. Chez les personnes de 15 à 29 ans, 15 % ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Près de 2 % de la population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles rapporte avoir été traitée pour une MTS au cours d'une période de 12 mois.

[1] La mesure de la FTE pour les fumeurs exclut la fumée de leur propre cigarette.

Orientation sexuelle et santé

Certaines caractéristiques distinguent la population hétérosexuelle des populations homosexuelle et bisexuelle. La proportion des personnes homosexuelles et bisexuelles est estimée à environ 3 % de la population de 15 ans et plus. Ainsi, des proportions plus grandes de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules et se retrouvent dans la catégorie de revenu des très pauvres. L'usage de la cigarette est plus répandu chez les populations bisexuelle et homosexuelle que chez la population hétérosexuelle. La consommation d'alcool ne diffère pas entre les trois populations, à l'exception des femmes bisexuelles, plus nombreuses en proportion à rapporter s'être enivrées. Les femmes bisexuelles se distinguent en se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et par un niveau faible de soutien social. Le soutien social semble également plus faible chez les hommes homosexuels que dans le reste de la population. Les idées suicidaires sont rapportées par une plus grande proportion de personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle.

Intimité et relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

Un Québécois sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier, qualifiées de sévères par une personne sur sept. Les personnes sans emploi et les femmes sont, en proportion, plus nombreuses à vivre des difficultés conjugales. Par ailleurs, un Québécois sur quatre rapporte manquer d'intimité (présence de relations intimes), qu'il ait ou non un conjoint, cette proportion étant plus grande chez les personnes sans emploi, chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes de 45 à 64 ans.

Événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence

Au sein de la population de 18 ans et plus, une personne sur deux a vécu, au cours de son enfance ou de son adolescence, au moins un des sept événements critiques étudiés dans l'enquête et une personne sur dix en a vécu au moins trois. Un événement dont la pensée a effrayé pendant des années est le plus fréquemment rapporté, suivi de problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues, du chômage de l'un des deux parents et du divorce des parents. Les événements traumatisants sont principalement reliés au milieu familial et plus spécifiquement aux parents. Les personnes de 18 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter au moins un événement traumatisant et à avoir vécu au moins trois de ces événements durant leur enfance ou leur adolescence. Les personnes de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreuses que l'ensemble de la population à avoir vécu le divorce des parents et le chômage de l'un des deux parents alors que celles âgées de 25 à 44 ans se distinguent par une proportion plus élevée à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi des mauvais traitements physiques par un proche.

Travail et santé

Parmi la population de 15 ans et plus, environ trois personnes sur cinq (59 %) occupent un emploi rémunéré, soit les deux tiers des hommes et la moitié des femmes.

La majorité des travailleurs québécois (82 %) sont en contact avec le public et le tiers d'entre eux vivent souvent ou très souvent des situations de tension avec le public. En outre, certains travailleurs rapportent avoir subi au travail, au cours d'une période de 12 mois, de la violence physique, de l'intimidation ou encore, des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Ainsi, au total, 3 % des travailleurs rapportent avoir été l'objet de violence physique au travail. L'intimidation au travail est signalée par la plus grande proportion de travailleurs au cours d'une période de 12 mois, soit par 18 % d'entre eux. Les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Il faut souligner que l'enquête ne permet pas de savoir si ces différentes manifestations d'abus proviennent de collègues ou de la clientèle.

Par ailleurs, un portrait d'ensemble des conditions de travail peut être dressé en 1998. Ainsi, près d'un travailleur sur dix œuvre assez souvent ou tout le

temps selon un mode de rémunération au rendement et une proportion équivalente travaille de nuit, alors que près du tiers des travailleurs font des horaires irréguliers. Plus de la moitié (59 %) des travailleurs occupent un emploi demandant la position debout, bien qu'une minorité d'entre eux aient la possibilité de s'asseoir. À l'inverse, les personnes qui travaillent en position assise ont pour la plupart la possibilité de se déplacer. Les risques physiques et chimiques pour la santé auxquels sont exposés près de 20 % des travailleurs sont les gestes répétitifs des mains et des bras, la manipulation de charges lourdes et la nécessité de fournir des efforts avec des machines ou des outils; par ailleurs, environ 13 % travaillent dans un bruit intense et près de 10 % font un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs ou encore sont exposés à des solvants. Les jeunes travailleurs sont davantage exposés à certaines conditions de travail défavorables (emploi temporaire, travail à temps partiel, faible syndicalisation, petite entreprise, profession manuelle, horaires irréguliers, travail répétitif, manipulation de charges lourdes), et les hommes sont davantage exposés aux risques physiques et chimiques (entre autres, aux efforts fournis avec des machines ou des outils, aux vibrations provenant d'outils à main, aux vibrations provenant de grosses machines, au bruit intense, aux poussières de bois, aux fumées de soudage).

Au sein de la population qui occupe un emploi rémunéré, 15 % des personnes présentent des problèmes musculo-squelettiques de longue durée. Lorsqu'on considère uniquement les douleurs musculo-squelettiques les ayant dérangés dans leurs activités au cours d'une période de douze mois, on observe que près d'un travailleur sur quatre a eu des maux au bas du dos et un sur cinq des douleurs aux membres supérieurs. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail. La prévalence de certaines douleurs musculo-squelettiques est plus élevée chez les individus de profession manuelle et chez ceux qui sont exposés à certains risques physiques. Les données sur les accidents avec blessures survenant en milieu de travail et sur les douleurs musculo-squelettiques associées au travail par les travailleurs eux-mêmes viennent corroborer ces résultats et confirmer les liens existant entre les conditions de travail et les risques physiques et chimiques qui leur sont associés.

Environnement psychosocial au travail

À l'étude du niveau d'autonomie décisionnelle au travail, s'est ajouté en 1998 l'examen du niveau de demande psychologique. Ainsi, comme on l'a vu précédemment, plus de la moitié des travailleurs de 15 ans et plus ont une faible autonomie décisionnelle au travail, à quoi s'ajoute le constat qu'une personne sur deux parmi ceux-ci doit répondre à des exigences psychologiques élevées. Les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans et les individus les moins scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à avoir une faible autonomie décisionnelle combinée à une demande psychologique élevée.

Hospitalisation, chirurgie d'un jour et services posthospitaliers

En 1998, 6 % des Québécois ont été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois et 4 % ont eu recours à la chirurgie d'un jour. L'enquête confirme le lien entre l'hospitalisation et le fait d'être plus âgé, d'avoir une plus faible scolarité ou d'avoir un revenu moindre. Les délais d'attente avant l'admission sont beaucoup moins longs pour l'hospitalisation que pour la chirurgie d'un jour. Il faut noter qu'une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée de personnes nécessitant une hospitalisation immédiate. Une plus grande proportion de personnes ayant été hospitalisées que de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ont recours aux services posthospitaliers à domicile. Dans les deux cas, le recours aux traitements est moins important que le recours à l'aide, et on observe que la famille et les proches sont la source principale d'assistance personnelle. Toutefois, les CLSC participent davantage aux traitements donnés à domicile après une hospitalisation. Une proportion élevée de personnes jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admis à l'hôpital ou traité à l'aide de la chirurgie d'un jour, tout comme elles estiment suffisants le temps de séjour hospitalier et l'aide à domicile reçus à la suite de l'un ou l'autre des services (de 75 % à 88 % des

personnes selon la situation examinée). Sur le plan de l'accessibilité géographique, on n'a constaté aucune différence significative entre les types de régions.

Service téléphonique Info-Santé CLSC

En 1998, les trois quarts des Québécois de 15 ans et plus ont déclaré connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, dont une proportion plus élevée de femmes que d'hommes et de personnes de 25 à 44 ans. Le tiers des personnes qui connaissent ce service l'ont utilisé au cours d'une période de 12 mois et son accessibilité, mesurée par le fait de parler à l'infirmière lors de l'appel téléphonique, est effective pour 95 % des appels. Les principaux utilisateurs sont les personnes dont le ménage comprend de jeunes enfants, plus particulièrement des enfants de 2 ans ou moins. Par ailleurs, l'utilisation du service par les individus présentant les caractéristiques sociosanitaires les plus susceptibles de nécessiter le recours aux services de santé (hospitalisation, chirurgie d'un jour, perception plus négative de l'état de santé, limitations d'activité) permet de statuer que l'accès à ce service rejoint la clientèle visée, à l'exception des personnes de langue maternelle autre que le français et des hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, qui sont proportionnellement moins nombreux à connaître et à utiliser ce service.

Vaccination contre la grippe

La vaccination annuelle contre la grippe vise particulièrement les personnes de 65 ans et plus et les personnes présentant certaines maladies chroniques, peu importe leur âge. Au total, 38 % de la population de 65 ans et plus a été vaccinée au cours d'une période de 12 mois, principalement sur recommandation du médecin. La comparaison de ce résultat avec ceux obtenus lors d'autres enquêtes conduites auprès de la population n'indique pas de progression sensible du taux de vaccination contre la grippe au sein de la population québécoise âgée de 65 ans et plus. De plus, seulement 26 % des personnes de tout âge ayant au moins un problème de santé de longue durée pour lequel la vaccination antigrippale est indiquée mentionnent avoir été vaccinées durant cette période de 12 mois.

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Bien que le sujet demeure relativement peu étudié, l'hypothèse de liens entre spiritualité et bien-être psychologique aurait été soulevée. De plus, la pratique religieuse aurait un impact positif en préconisant des habitudes de vie favorables à la santé; quant à la fréquentation d'un lieu de culte, elle faciliterait l'accès à un réseau de soutien social.

Bien que 65 % des Québécois de 15 ans et plus disent accorder de l'importance à la vie spirituelle et que 86 % déclarent une appartenance religieuse, près des trois quarts de la population ne fréquente une église ou un lieu de culte qu'une fois par mois ou moins (43 %) ou jamais (31 %). La proportion de la population qui fréquente un lieu de culte sur une base régulière a sensiblement diminué entre 1987 et 1998. Les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont, en proportion, plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. Les personnes qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent une église ou un lieu de culte sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage de tabac, d'alcool ou de drogues, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. Par contre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Il faut souligner que l'âge a probablement un effet sur la plupart de ces résultats.

30.2 Pistes de réflexion pour la planification et l'action

Bien que l'objet d'une enquête sociale et de santé soit d'abord de présenter un portrait clair, objectif et représentatif de l'état de santé et de bien-être d'une population, sa valeur n'est réelle qu'à partir du moment où l'utilisateur visé, c'est-à-dire le planificateur ou le preneur de décision, se sert des données recueillies pour réviser cibles et priorités d'intervention.

Pour mettre l'utilisateur sur la piste, les résultats de chacun des chapitres ont été examinés par leurs auteurs à la lumière des actions possibles à entreprendre. Sans être exhaustif, mais fortement inspiré des éléments de réflexion pour la planification des différents chapitres, le présent exercice permet ainsi d'identifier trois cibles principales, soit les problèmes de santé, la pauvreté et les jeunes.

Problèmes de santé – Prévention et planification des services à long terme

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* portant sur les problèmes de santé doivent être examinés sous différents angles, notamment sous celui de la promotion de la santé et des mesures préventives à mettre en œuvre pour agir sur les conditions de vie défavorables et sur les facteurs de risque connus.

Par rapport à 1987, et bien que la majorité des Québécois jouissent d'une bonne santé, l'enquête révèle une augmentation de la proportion de personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé. On observe aussi que la prévalence de la majorité des problèmes de santé a augmenté, particulièrement celle des problèmes de santé déclarés par une plus grande proportion de Québécois. Cette augmentation de la prévalence déclarée des problèmes de santé est d'abord attribuable au phénomène du vieillissement de la population, mais aussi à une plus grande assiduité des professionnels de la santé à diagnostiquer et traiter certains problèmes (ex. : problèmes thyroïdiens et diabète). Cependant, d'autres problèmes semblent en progression, sans qu'on puisse associer cette hausse au vieillissement de la population ni aux progrès technologiques (ex. : maux de dos, asthme et rhinite allergique). Par ailleurs, bien que la proportion de Québécois se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ait diminué, il n'en demeure pas moins que la proportion de personnes ayant déclaré des idées ou des gestes suicidaires demeure préoccupante.

Les résultats sur la consommation de médicaments qui indiquent une augmentation de la proportion de consommateurs de trois médicaments et plus et une proportion plus élevée de consommation de médicaments prescrits (le tiers des médicaments) devraient à tout le moins être examinés de près et faire l'objet d'une attention particulière dans les programmes de formation médicale continue.

L'augmentation réelle de certains problèmes de même que leur prise en charge sur les plans diagnostiques et thérapeutiques génèrent des coûts importants – ceux des médicaments, à titre d'exemple – et vont nécessiter une réflexion sur l'allocation des ressources disponibles. Les répercussions de ces changements sur les services de santé semblent claires : le vieillissement de la population et l'augmentation de la population très âgée laissent entrevoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile, de même que de services institutionnels d'hébergement.

Les résultats indiquent aussi que peu de changements sont observés malgré les efforts déployés pour amener les Québécois à adopter de saines habitudes de vie et des comportements favorables à la santé. Cette constatation s'applique aussi bien à la consommation excessive d'alcool, qu'à la consommation de tabac ou de substances psychoactives illégales. Un recul est même enregistré en ce qui a trait à la pratique d'activité physique de loisir (augmentation de la proportion de personnes sédentaires) et en ce qui touche le poids corporel (augmentation de la proportion de personnes ayant un excès de poids). De plus, une proportion importante de personnes sexuellement actives ont des comportements augmentant le risque de transmission du VIH ou

d'une autre MTS en ayant plus d'un partenaire et en ne faisant pas usage du condom de façon systématique. Par ailleurs, aucune tendance à la hausse n'a été observée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enfin, la vaccination contre l'influenza ne rejoint que 38 % des personnes de 65 ans et plus et 26 % des personnes souffrant de certains problèmes de santé pour lesquels la vaccination est indiquée.

Aux stratégies de promotion de la santé doivent s'ajouter des mesures visant à prévenir les handicaps. À titre d'exemple, rappelons qu'au chapitre des problèmes de santé, non seulement les problèmes ostéo-articulaires continuent de figurer en tête de liste, mais ils demeurent également la cause la plus importante de limitations d'activité au sein de la population en général et parmi les travailleurs. En assurant l'aide technique nécessaire ainsi que l'accès géographique et financier aux séances de réadaptation, on contribuerait à faire en sorte qu'une déficience ne se transforme pas en incapacité.

En outre, certains problèmes nécessitent une plus grande concertation entre les intervenants, et ce, à tous les niveaux. La baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998 constitue un excellent exemple en ce sens. Pour les accidents de la route, les effets conjugués des mesures prises pour contrer la conduite avec facultés affaiblies, réduire la vitesse, améliorer les véhicules et favoriser l'adoption de comportements de sécurité auront contribué à la réduction de la morbidité rapportée. Parmi les ingrédients du succès pouvant servir d'exemple à d'autres secteurs, mentionnons une action soutenue année après année, une combinaison de stratégies législatives et promotionnelles ainsi que la disponibilité de ressources adéquates.

Une telle approche aurait avantage à être utilisée pour contrer l'augmentation croissante de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie excès de poids ainsi que la tendance à la sédentarisation, observées toutes deux en 1998, l'obésité étant entre autres associée à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires.

Pauvreté - Plus grande vulnérabilité en matière de santé et de bien-être

En 1998, la pauvreté reste à l'ordre du jour au Québec, près du quart (23 %) des ménages québécois vivant en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté et une proportion similaire des personnes qualifiant leurs revenus d'insuffisants pour couvrir leurs besoins de base. Les résultats sur la perception de la durée de la pauvreté indiquent par ailleurs qu'une plus grande proportion de Québécois se perçoivent en situation de pauvreté depuis cinq ans et plus que ce n'était le cas en 1992-1993. Par ailleurs, le problème de l'insécurité alimentaire (monotonie du régime alimentaire, restriction de l'apport alimentaire ou impossibilité d'offrir des repas équilibrés à ses enfants) touche une personne pauvre sur cinq et quatre personnes très pauvres sur dix.

À la lumière des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, on se doit de renchérir sur l'importance du lien observé, une fois de plus, entre la pauvreté et l'état de santé et de bien-être. Comme on a pu le constater tout au long du rapport, les personnes pauvres et très pauvres sont, pour la plupart des problématiques examinées, proportionnellement plus nombreuses à y être associées que les Québécois favorisés financièrement. Il faut toutefois souligner que l'enquête identifie des associations entre pauvreté et santé, mais qu'elle ne permet pas de connaître le sens de ces associations : les gens pauvres risquent-ils plus que les gens mieux nantis de devenir malades ou est-ce le problème de santé de longue durée qui entraîne la pauvreté?

Ainsi, sur le plan de l'état de santé et de bien-être, les gens les plus pauvres sont, toutes proportions gardées, moins nombreux à évaluer favorablement leur état de santé que les mieux nantis et plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de longue durée. La proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les personnes à faible revenu. On observe également chez ces dernières une prévalence plus élevée des limitations d'activité.

La même situation s'observe lorsqu'on examine les habitudes de vie et les comportements préventifs. Plus le niveau de revenu diminue, plus la proportion de personnes qui qualifient négativement leurs habitudes alimentaires augmente. Les résultats permettent également de constater une association entre l'indice de masse corporelle et le niveau de revenu, les personnes pauvres étant en proportion plus nombreuses à être classées dans la catégorie poids insuffisant. Les femmes plus pauvres sont en proportion moins nombreuses à pratiquer l'auto-examen des seins que les femmes qui déclarent un niveau de revenu supérieur.

Cependant, pour ce qui est du recours aux services des médecins, il ne semble pas y avoir de relation significative avec le niveau de revenu : les personnes pauvres et très pauvres consultent autant les médecins que les personnes se situant dans les catégories de revenu supérieures. Ce résultat semble étonnant puisque les personnes à faible revenu sont généralement en moins bonne santé que celles appartenant aux strates de revenu supérieures. Toutefois, à état de santé égal, l'accès aux médecins semble égal entre personnes mieux nanties et personnes pauvres.

L'utilisation des médicaments dans leur ensemble est liée, quoique faiblement, au niveau de revenu, les personnes pauvres étant proportionnellement moins nombreuses à en consommer. L'enquête confirme également le lien entre l'hospitalisation et le fait d'avoir un revenu moindre. On remarque par ailleurs que la proportion d'utilisateurs du service Info-Santé CLSC et la fréquence des appels augmentent à mesure que le revenu diminue. On peut se réjouir que ce service téléphonique rejoigne les personnes des milieux défavorisés.

Plus le niveau de revenu augmente, plus la proportion de couverture des frais de santé par une assurance privée croît rapidement. C'est donc dire qu'une faible proportion de personnes pauvres et très pauvres sont couvertes par un régime d'assurance privé (20 % et 8 % respectivement). Bien que la présente enquête ne permette pas d'estimer l'état de la santé dentaire des Québécois, il faut souligner, par ailleurs, l'écart en ce qui concerne le recours aux dentistes entre les personnes couvertes par un régime d'assurance privé et celles qui ne le sont pas (6 % c. 3,3 % au cours d'une période de 2 semaines), situation qui apparaît particulièrement préoccupante considérant la diminution de la couverture des soins dentaires pour les enfants par le régime public et le fait que les services dentaires sont moins fréquemment disponibles que d'autres services dans les régimes d'assurance privés offerts aux Québécois.

Avec l'accroissement de la pauvreté et le vieillissement de la population, l'ampleur des problèmes identifiés risque de s'accentuer. De plus, il est raisonnable de supposer que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique auront des besoins d'aide plus grands à cause de leurs taux d'incapacité plus élevés, d'autant plus qu'elles bénéficient en moins grandes proportions d'un soutien social élevé. Finalement, on ne peut que répéter ici encore la nécessité d'une approche concertée visant à réduire, chez les Québécois, les inégalités de santé associées aux conditions socioéconomiques.

Les jeunes de 15 à 24 ans - Davantage de comportements à risque que leurs aînés

Les résultats de la présente enquête ont maintes fois permis de constater que l'âge est associé à l'état de santé et de bien-être ainsi qu'à ses déterminants. Parmi les groupes d'âge étudiés, et bien que chacun d'eux ne soit pas exempt de problèmes sérieux, celui des jeunes de 15 à 24 ans mérite qu'on y revienne brièvement, le profil de ces derniers demeurant préoccupant.

Au plan de la perception de l'état de santé, il faut souligner, chez les 15-24 ans, une détérioration par rapport à 1987, puisqu'on observe, dans la présente enquête, une plus grande proportion de jeunes qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais. Ce phénomène mérite une attention particulière. La perception par les jeunes de leur propre état de santé devrait être mise en relation avec l'évolution de certains indicateurs de santé. Un parallèle pourrait

également être fait avec les habitudes de vie de ces jeunes.

Ainsi, du côté des indicateurs de santé mentale et de l'environnement social, on observe que la proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les jeunes de 15 à 24 ans que parmi les autres groupes d'âge. Bien qu'ayant amélioré leur position depuis 1992-1993, les jeunes n'ont pas rejoint le niveau enregistré à l'indice de détresse psychologique en 1987, alors que celui de la population des personnes âgées tend à diminuer d'une enquête à l'autre. Fait troublant, comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, les jeunes de 15 à 24 ans sont, toutes proportions gardées, les plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires. Par ailleurs, la proportion de Québécois qui rapportent manquer d'intimité (au sens de relations intimes, cette notion du soutien social serait associée à la dépression), qu'ils aient ou non un conjoint, est plus grande chez les jeunes de 15 à 24 ans que dans les autres groupes d'âge, malgré que ces derniers montrent un niveau plus élevé d'intégration sociale. Les jeunes de 18 à 24 ans sont aussi plus nombreux en proportion que leurs aînés à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi le chômage de ces derniers lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents. Il faut souligner également que c'est le groupe des moins de 25 ans qui présente la plus grande concentration de mères de famille monoparentale; célibataires dans près d'un cas sur deux (49 %), elles constituent l'un des groupes vulnérables de notre société. Par ailleurs, au chapitre de l'environnement de travail, l'exposition combinée à une demande psychologique élevée et à une faible autonomie décisionnelle s'observe, là aussi, plus fréquemment chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge. De plus, comme on l'a vu précédemment, les jeunes travailleurs sont davantage exposés à certaines conditions de travail défavorables tant sur le plan du statut d'emploi et des horaires que des exigences physiques.

À ces problèmes de nature psychosociale, il faut ajouter les problèmes de santé particuliers à ce groupe d'âge, allant de ceux qui dérangent et harassent jusqu'aux plus handicapants : problèmes d'allergies et maux de tête (surtout chez les jeunes femmes), accidents avec blessures (surtout chez les jeunes hommes) et maux de dos ou de la colonne, problèmes préoccupants en raison de la morbidité et des coûts financiers et sociaux qu'ils engendrent à court, moyen ou long terme. Depuis 1987, on observe une augmentation des maux de tête dont il faudrait rechercher les facteurs de risque individuels et environnementaux et les comorbidités susceptibles d'expliquer cet accroissement.

Par ailleurs, il semble bien que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues chez les 15 à 24 ans se caractérise par la prise de risques, comme l'ont souligné les auteurs du chapitre 5, puisque les jeunes de cette génération ont été abondamment sensibilisés aux effets de ces substances psychoactives sur leur santé. Bien qu'on n'observe pas de hausse du tabagisme chez les 15-19 ans depuis 1987, il faut tout de même souligner qu'un jeune sur trois de ce groupe d'âge en a l'habitude en 1998 et que les 20-24 ans sont encore plus nombreux à fumer, cette proportion atteignant 44 % chez les jeunes hommes et 36 % chez leurs consœurs. La réduction du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes demeure un défi de taille comme celle de la consommation d'alcool. En effet, là encore, la génération des 15-24 ans se démarque des autres groupes d'âge par une consommation élevée d'alcool et par une plus grande fréquence d'enivrement, d'où la nécessité de poursuivre les efforts en vue de les amener vers une façon de boire plus appropriée. Autre défi à relever dans la compréhension du phénomène de la prise de risques, les consommateurs actuels de drogues sont majoritairement des jeunes.

Environ 15 % des Québécois de 15 à 29 ans ont eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, ce qui est plus élevé que dans les autres groupes d'âge. Toutes proportions gardées, les moins de 30 ans déclarent un plus grand nombre de partenaires. Par ailleurs, et c'est là un signe encourageant quant au succès de l'intervention sur les comportements à risque (les campagnes d'information ont ciblé les jeunes adultes), l'utilisation du condom

lors de la dernière relation sexuelle est plus répandue parmi la génération des plus jeunes ayant un seul ou plus d'un partenaire.

Par contre, le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans, proportion comparable à celle observée dans l'enquête de 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicaments qui aurait pu entraîner une hausse. Parmi les groupes envers lesquels des efforts plus importants de prévention et de dépistage devraient être déployés dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, il importe de mentionner les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas de contraceptifs oraux et qui, de ce fait, sont moins susceptibles d'être suivies au point de vue gynécologique. De plus, compte tenu des taux de grossesse chez les adolescentes qui n'ont pas diminué depuis 1995, et considérant la hausse continue des taux d'interruption volontaire de grossesse chez les Québécoises, il serait important de documenter les attitudes ainsi que les comportements sexuels et contraceptifs des jeunes de moins de 18 ans.

Contrairement à la tendance nord-américaine, les résultats indiquent qu'il n'y pas d'augmentation de la proportion de jeunes de 15 à 19 ans se classant dans la catégorie excès de poids entre 1992-1993 et 1998. On observe de plus une diminution de la proportion de jeunes femmes dans la catégorie poids insuffisant. Toutefois, les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se classer dans la catégorie poids insuffisant que les groupes plus âgés et à évaluer la qualité de leurs habitudes alimentaires comme moins bonne. Une meilleure connaissance des attitudes des jeunes quant au poids corporel et des conditions qui influencent la qualité de leurs habitudes alimentaires aiderait à mettre en place des interventions promotionnelles plus appropriées.

Au chapitre du recours aux services, il y aurait lieu de mieux faire connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC aux jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Finalement, bien qu'on vienne, dans la présente conclusion, de souligner des failles importantes dans le portrait de l'état de santé et de bien-être de la population, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent de constater que la majorité des Québécois possèdent la capacité physique, psychique et sociale d'agir et d'accomplir les rôles qu'ils entendent assumer. Il faut toutefois contrecarrer les effets du vieillissement de la population en concentrant les efforts sur la promotion des habitudes et comportements favorables à la santé et sur la réduction des inégalités.

Annexe 1
Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs

Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs[1]

Robert Allie
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Mauricie–Centre-du-Québec

Denise Aubé
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Québec

Hélène Beaulieu
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Serge Bélisle
Département d'obstétrique et gynécologie
Université de Montréal

Pierre Bergeron
Institut national de santé publique du Québec

Jocelyn Bérubé
Clinique de planning
Centre hospitalier régional de Rimouski

Gilles Bibeau
Département d'anthropologie
Université de Montréal

Régis Blais
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
(GRIS)
Université de Montréal

Marie-Denise Boivin
Pavillon des sciences de l'éducation
Université Laval

Jacques Brisson
Groupe de recherche en épidémiologie
Hôpital du Saint-Sacrement

Carole Chamberland
Régie de l'Assurance maladie du Québec

Line Chamberland
Département des sciences sociales
Collège de Maisonneuve

André-Pierre Contandriopoulos
Département d'administration de la santé
Université de Montréal

Andrée Demers
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la
santé et de la prévention
Université de Montréal

Michel Dorais
École de service social
Université Laval

Pierre Ernst
Division of Respiratory Epidemiology
Université McGill

Pierre Ferland
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Mauricie–Centre-du-Québec

Louise Fournier
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre

Pierre Gauthier
Département de kinanthropologie
Université de Sherbrooke

Anne Gauthier
Direction de la planification stratégique de
recherche et de la statistique
Ministère de la culture et des communications

Lise Gauvin
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Michèle Gervais
Insitut de recherche Robert-Sauvé en santé et en
sécurité du travail (IRSST)

Jean Gratton
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre

Anne-Marie Grenier
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Mauricie–Centre-du-Québec

Maryse Guay
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

1 On trouvera, comme affiliation, le nom de l'établissement ou de l'organisme auquel ces personnes étaient rattachées lors de leur collaboration aux travaux de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Édith Gullbert
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Louise Guyon
Recherche et intervention sur les Substances psychoactives-Québec (RISQ)

Michèle Houde-Nadeau
Département de nutrition
Université de Montréal

Sylvie Jutras
Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS)
Université du Québec à Montréal

Tom Koutsky
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Pierre Lajoie
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Bernard-Simon Leclerc
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Launaudière

France Légaré
Département de médecine familiale
Université Laval

Luc Léger
Département de kinésiologie
Université de Montréal

Anne Leis
Department of Community Health and Epidemiology
University of Saskatchewan

Benoit Lévesque
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Susan G. Mackenzie
Division des blessures chez les enfants
Santé Canada

Nicole Marcil-Gratton
Département de démographie
Université de Montréal

Marie Marquis
Département de nutrition
Université de Montréal

Dona Mergler
Centre d'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE)
Université du Québec à Montréal

Karen Messing
Centre d'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE)
Université du Québec à Montréal

Francine Michaud
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Lyne Mongeau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Louise Nadeau
Département de psychologie
Université de Montréal

Daniel Nadeau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Johanne Otis
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

Robert Pampalon
Institut national de santé publique du Québec

Marc Rhainds
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Yves Robert
Laboratoire de santé publique du Québec

Madeleine Rochon
Direction générale de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Rossignol
Direction de la santé publique
Régie régional de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Carole Roy
Service des programmes
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Laurent Roy
Ministère de la Famille et de l'Enfance

Guy Roy
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Monique Séguin
Module Psychologie
Université du Québec à Hull

Hugues Tétreault
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Mauricie–Centre-du-Québec

Pierre Tousignant
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre

Michel Toussignant
Laboratoire de recherche en écologie humaine et
sociale (LAREHS)
Université du Québec à Montréal

Fernand Turcotte
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Annexe 2
Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)
Entrevue face à face assistée par ordinateur

Enquête sociale et de santé 1998

Questionnaire rempli par l'intervieweur(e) [QRI]

Extrait du Manuel de référence
à l'intention des intervieweurs

Nom du fichier : Fichiers\Enquête 98\QRI CAPI

Version corrigée à partir de la version CAPI, décembre 2000

Ce questionnaire est également disponible en version anglaise.

SANTÉ QUÉBEC
1200, McGill College
Bureau 1620
Montréal (Québec)
H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749

GROUPE LÉGER & LÉGER INC.
507, Place d'Armes
Bureau 700
Montréal (Québec)
H2Y 2W8
Téléphone : (514) 982-2464

Note au lecteur :

Le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) est composé d'une série de questions posées en entrevue face à face au répondant clé du ménage qui répond pour lui-même et pour les autres membres du ménage. La première section sert à identifier tous les membres du ménage. Le QRI est un questionnaire informatisé, administré par ordinateur en français ou en anglais selon le choix du répondant.

SANTÉ QUÉBEC ◆ *Enquête sociale et de santé 1998*

Section d'identification

Numéro d'interviewer : ☐☐☐ Numéro de dossier : ☐☐☐☐☐☐

LANG Préférez-vous répondre au questionnaire en français ou en anglais ?

1 - Français 2 - Anglais

MENU **Adresse :** a) No ☐☐☐☐☐

*Consigne : Si aucun numéro de porte, n'inscrivez rien

b) Rue : _____

c) App : ☐☐☐☐☐

*Consigne : Si aucun numéro d'appartement, n'inscrivez rien

d) Description _____

Ville : _____

Code Postal : ☐☐☐ ☐☐☐ Région : ☐☐

Interviewer : Les 3 premiers codes du code postal doivent être séparés par un espace des 3 derniers codes.

TEL Téléphone : ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

*Consigne : Si le ménage n'a pas le téléphone, inscrivez 999 à la variable code régional.

NBTEL Actuellement, combien de numéros de téléphone avez-vous dans votre foyer incluant les numéros d'affaires, les numéros des enfants et les numéros de téléphones cellulaires ? ☐☐

MULTI Si logement multiple- nombre de logements ☐☐

***Consigne :** Dans le cas d'un logement multiple, inscrivez le nombre de logements. Dans le cas d'un logement unique, inscrivez 99

PIECE Combien y a-t-il de pièces dans ce logement ? : ☐☐

CONST Type de construction :
1- Maison individuelle
2- Moins de 6 logements
3- 6 logements et plus
4- Autres

Nous allons maintenant identifier toutes les personnes de votre ménage et préciser les liens qui les unissent. Indiquez-moi le prénom, le nom et le sexe de toutes les personnes qui demeurent actuellement dans ce logement, qui n'ont pas de lieu de résidence ailleurs et/ou qui sont temporairement absentes (affaires, études, hôpital, etc..) _____

PRENO Prénom _____

NOM Nom _____

SEXE Quel est le sexe de Prénom ?

1- Homme
2- Femme

JO MO ANNE Quel est la date de naissance de Prénom

Jour : ☐☐ Mois : ☐☐ Année : ☐☐☐☐

AGVER Ça veut donc dire que Prénom est un(e) Sexe de Âge ans, est-ce exact ?

1- Oui
2- Non

UNAN Ça veut donc dire que Prénom a moins d'un an, est-ce exact ?

1- Oui
2- Non

STATU Quel est l'état matrimonial légal de Prénom, actuellement ?

1- Légalement marié(e) et non séparé(e)
2- Légalement marié(e) et séparé(e)
3- Divorcé(e)
4- Veuf ou veuve
5- Célibataire, jamais marié(e)
8- Ne sait pas

AUTRE Y a-t-il une autre personne dans le ménage ?

1- Oui
2- Non

DEPAN Est-ce que l'une de ces personnes est quelqu'un qui habite temporairement dans votre ménage et que vous dépannez parce qu'elle n'a pas de domicile fixe ailleurs ?

1- Oui (Qui ?)
2- Non
8- Ne sait pas
9- Refus

Montrez la fiche A et demandez :

PRINC Qui est Prénom par rapport à vous ? ☐☐

*** Consigne :** Cette question n'est pas posée au répondant principal

PAREN Est-ce que Prénom est parent ou enfant D'UNE DES PERSONNES DU MÉNAGE ?

***Consigne :** L'état de parent a préséance sur celui d'enfant.

1- Enfant - Passez à MERE
2- Parent - Passez à CODEP
3- Ni parent, ni enfant - Passez à CODEP

MERE Qui est la mère de Prénom? Sélectionnez le prénom correspondant à la mère ☐☐

Prénoms féminins du ménage
99- Ne fait pas partie de ce ménage

PERE Qui est le père de Prénom ? Sélectionnez le prénom correspondant au père ☐☐

Prénoms masculins du ménage
99- Ne fait pas partie de ce ménage

CODEP Code de parent (n'apparaît pas à l'écran)

COUPL Est-ce que Prénom vit en couple dans le ménage ?

1- Oui
2- Non

Consigne : Cette question sera posée seulement si :

1. Il y a plus de 2 personnes dans le ménage et il y a des codes de lien autres que 1, 2 ou 3 à la variable PRINC.

et

2. La personne concernée a 15 ans ou plus et n'est pas le répondant principal ou le(la) conjoint(e) du répondant principal.

Consigne : Si 2 personnes parmi les membres du ménage ont le code «1» à la variable COUPL. Le code de couple sera automatiquement attribué - Passez à CO1

Si plus de 2 personnes parmi les membres du ménage ont le code «1» à la variable COUPL - Passez à CONJO

CONJO Qui est le conjoint de Prénom ?

Prénoms des personnes du ménage (à l'exception du répondant principal et de son(sa) conjoint(e), s'il y a lieu).

CODEC Code de couple (n'apparaît pas à l'écran)

Consigne : Pour toutes les femmes de 18 ans et plus vivant en couple actuellement dans le ménage - Passez à CO1. Pour toutes les femmes de 18 ans et plus ne vivant pas en couple actuellement dans le ménage - Passez à CO2

CO1 Depuis combien de temps Prénom vit-elle avec ce conjoint ?

1- Moins de 2 mois- Passez à CO2
2- 2 mois ou plus - Passez à SITUA
8- Ne sait pas - Passez à SITUA
9- Refus - Passez à SITUA

CO2 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que Prénom a vécu en couple avec un homme durant une période minimale de deux mois ?

1- Oui
2- Non
8- Ne sait pas
9- Refus

Consigne : Si CO1=2 ou CO2=1, la personne est admissible pour le volet sur la résolution de conflits entre conjoints.

*** Consigne : La variable SITUA est complétée par l'intervieweur selon les réponses obtenues dans la fiche. L'intervieweur ne pose pas la question.**

SITUA Quel type de situation correspond le mieux à l'organisation actuelle de ce ménage ?

Si plus d'une famille dans un même ménage, codez 96. Une FAMILLE est un ensemble d'individus où il existe des liens parent-enfant.

1- Personne vit seule dans le ménage
2- Couple sans enfant
3- Famille monoparentale
4- Couple avec enfant(s) issu(s) de l'union actuelle des conjoints seulement.

5- Couple avec enfant(s) issu(s) de l'union actuelle des conjoints et avec enfant(s) issu(s) de l'union précédente de l'un ou l'autre des conjoints.
6- Couple avec des enfant(s) issu(s) de l'union précédente de l'un ou l'autre des conjoints et sans enfant issu de l'union actuelle des conjoints.
7- Colocataires
96- Autre - précisez

Exemple :

- Ménage avec des enfants mineurs n'ayant aucun parent commun.
- Famille d'accueil.

Interviewer :

- Le code 1 est accepté seulement s'il y a une seule personne dans le ménage.
- Les codes 2, 4, 5 et 6 sont acceptés seulement s'il y a au moins 1 couple dans le ménage.
- Les codes 2 à 6 sont acceptés seulement s'il y a 3 personnes ou plus dans le ménage.
- Les codes 2 et 3 sont acceptés seulement s'il y a 2 personnes ou plus dans le ménage.

*** Consigne : Pour les personnes de 15 ans et plus seulement.**

G 1 Est-ce que __Prénom__ est actuellement présent(e) ou absent(e) ?

1- Présent(e)
2- Absent(e) pour une courte durée (moins d'un mois)
3- Absent(e) pour une longue durée (un mois ou plus)

G 2 Y a-t-il quelqu'un dans le ménage qui aurait besoin de l'aide de l'intervieweur pour répondre à un questionnaire écrit ? Prénoms affichés.

21- Non
98- Ne sait pas
99- Refus

G 2a) Quel énoncé convient le mieux pour décrire la situation de __Prénom__ ?

1- Il (elle) est capable avec l'aide de l'intervieweur
2. Il (elle) est incapable, même avec de l'aide pour une raison autre que la langue
3. Il (elle) ne lit pas et ne comprend pas le français ou l'anglais

SECTION I - INCAPACITÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

Les questions qui suivent portent sur l'état de santé des membres de votre foyer au cours des **2 dernières semaines**

***CONSIGNE : CETTE SÉRIE DE QUESTIONS DOIT ÊTRE POSÉE POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER**

1. Au cours des **2 dernières semaines**, __prénom__ a-t-il **(elle)** gardé le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) pour des raisons de santé?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 2**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 2**

1.a) **(SI OUI)** Pendant combien de jours? Nombre __ __

CONSIGNE : SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 1a = 14 JOURS, PASSEZ À LA QUESTION 4
98 = ne sait pas

CONSIGNES : POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS, PASSEZ À LA QUESTION 3

NE LISEZ PAS LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES S'ILS NE S'APPLIQUENT PAS

2. (Sans compter ce(s) jour(s) d'alitement...) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces **2 semaines** où __prénom__ **a été incapable** d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école pour des raisons de santé?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 3**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 3**

2.a) **(SI OUI)** Pendant combien de jours? Nombre__ __

CONSIGNE : SI LA SOMME DES QUESTIONS 1a ET 2a = 14 JOURS, PASSEZ À LA QUESTION 4
98 = ne sait pas

3. (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) Y a-t-il des (d'autres) jours au cours de ces **2 semaines** où __prénom__ a dû **diminuer** ses activités habituelles pour des raisons de santé?
1 = oui
2 = non- **PASSEZ À Q 4**
8 = ne sait pas- **PASSEZ À Q 4**

3.a) **(SI OUI)** Pendant combien de jours? Nombre __ __
98 = ne sait pas

4. Au total, ça fait __ __ jours au cours des 2 dernières semaines pendant lesquels __prénom__ a dû **limiter** ses activités pour des raisons de santé.

CONSIGNES : PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS;

SI «0», ÉCRIVEZ «00» ET POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 1; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA SECTION II

5. Quel était le principal problème de santé qui l'a obligé(e) à arrêter ou à modérer ses activités?_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

6. Ce problème était-il dû à un accident?
1 = oui
2 = non- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA Q 1; SINON, PASSEZ À LA SECTION II**
8 = ne sait pas- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA Q 1; SINON, PASSEZ À LA SECTION II**

6.a) **(SI OUI)** Quel genre de blessure __prénom__ a-t-il(elle) eu?_____

CONSIGNE : PRÉCISEZ LA BLESSURE

CONSIGNES : INSCRIVEZ LA BLESSURE ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 1; SINON, PASSEZ À LA SECTION II

SECTION II - LIMITATION DES ACTIVITÉS

Les questions qui suivent portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé sur le plan de l'**activité normale** de chaque personne dans les différents secteurs de sa vie.

***CONSIGNE : CETTE SÉRIE DE QUESTIONS DOIT ÊTRE POSÉE POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER**

CONSIGNE : SI ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE (MOINS DE 6 ANS), PASSEZ À LA QUESTION 8

7. Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, __prénom__ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il (elle) peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?
1 = oui- **PASSEZ À Q 9**
2 = non- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8, SINON, PASSEZ À LA SECTION III**
8 = ne sait pas- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8, SINON, PASSEZ À LA SECTION III**

8. Comparativement à d'autres enfants du même âge en bonne santé, __prénom__ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité de jeux auxquels il (elle) peut participer, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?
1 = oui- **PASSEZ À Q 12**
2 = non- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8, SINON, PASSEZ À LA SECTION III**
8 = ne sait pas- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8, SINON, PASSEZ À LA SECTION III**

9. Est-ce que l'état de santé de __prénom__ **restreint** ses activités à la maison ou le (la) rend **incapable** de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

10. __prénom__ est-il (elle) **restreint(e)** dans sa capacité de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études à cause de son état de santé?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

11. __prénom__ est-il (elle) **restreint(e)** dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école, à cause de son état de santé?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

12. Quel est le principal problème de santé qui impose ces restrictions à __prénom__ ?

_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

13. Est-ce que ce problème de santé est le résultat d'un accident ou d'une blessure?
1 = oui
2 = non→ **PASSEZ À Q 14**
8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 14**

13.a) **(SI OUI)** Quelle était la blessure?_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LA BLESSURE**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LA BLESSURE ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

14. Y a-t-il d'autres problèmes de santé qui restreignent __prénom__ dans ses activités?
1 = oui
2 = non→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8; SINON, PASSEZ À LA SECTION III**
8 = ne sait pas→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8; SINON, PASSEZ À LA SECTION III**

14.a) **(SI OUI)** Parmi ces derniers problèmes, quel est le principal problème de santé?

_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

15. Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure?
1 = oui
2 = non→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8; SINON, PASSEZ À LA SECTION III**
8 = ne sait pas→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 7 OU Q 8; SINON, PASSEZ À LA SECTION III**

15.a) **(SI OUI)** Quelle était la blessure?_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LA BLESSURE**

CONSIGNES : INSCRIVEZ LA BLESSURE ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 7 OU À LA QUESTION 8; SINON, PASSEZ À LA SECTION III

SECTION III - RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU AUX SERVICES SOCIAUX

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites par les membres du foyer au cours des **2 dernières semaines**.

16. Au cours des **2 dernières semaines**, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un(e) médecin généraliste (omnipraticien)?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 17**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 17**

***CONSIGNES : CETTE SÉRIE DE QUESTIONS DOIT ÊTRE POSÉE POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER**

MONTREZ LA FICHE «B» ET DEMANDEZ :

16.a) Où a eu lieu la dernière consultation de _prénom_ avec ce médecin généraliste?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = au bureau privé / à la clinique privée - **PASSEZ À Q 16b**
2 = à un CLSC (centre local de services communautaires) - **PASSEZ À Q 16b**
3 = à la clinique externe d'un hôpital - **PASSEZ À Q 16b**
4 = à la salle d'urgence d'un hôpital - **PASSEZ À Q 16e**
5 = à l'hôpital pendant une hospitalisation - **PASSEZ À Q 16e**
6 = à la pharmacie - **PASSEZ À Q 16e**
7 = à la maison - **PASSEZ À Q 16e**
8 = à l'école - **PASSEZ À Q 16e**
9 = au travail / à la clinique de l'entreprise - **PASSEZ À Q 16e**
10 = par téléphone (excluant les appels faits pour prendre rendez-vous) - **PASSEZ À Q 16e**
96 = autre - 16.a1) Précisez _____ - **PASSEZ À Q 16e**
98 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 16e**

16.b) S'agissait-il d'une consultation avec rendez-vous ou sans rendez-vous?

1 = avec rendez-vous
2 = sans rendez-vous - **PASSEZ À Q 16e**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 16e**

16.c) **(SI «AVEC RENDEZ-VOUS»)** Combien de temps s'est-il écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation avec ce médecin généraliste?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = moins d'un jour
2 = 1 jour à moins d'une semaine
3 = 1 semaine à moins d'un mois
4 = 1 mois à moins de 3 mois
5 = 3 mois à moins de 6 mois
6 = 6 mois ou plus
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 16e**

16.d) Selon vous, ce temps d'attente a-t-il été...

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = acceptable?
2 = un peu long?
3 = trop long?
8 = ne sait pas

16.e) Toujours pour la dernière consultation, quelle distance a été parcourue pour rencontrer le médecin (aller seulement)?

CONSIGNES : SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 16a EST «À LA MAISON», «PAR TÉLÉPHONE» OU «À L'HÔPITAL PENDANT UNE HOSPITALISATION», INSCRIVEZ LE CODE 3 «AUCUN DÉPLACEMENT» À LA QUESTION 16e ET LE CODE 3 «AUCUN TEMPS» À LA QUESTION 16f ET POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 16a; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA QUESTION 17

1 = mille
2 = kilomètre
3 = aucun déplacement
8 = ne sait pas

16.e1) Nombre_ _ _ Unité de déplacement_____

16.f) Combien de temps a-t-il(elle) pris pour s'y rendre (aller seulement)?
1 = minute
2 = heure
3 = aucun temps
8 = ne sait pas

16.f1) Nombre__ __ Unité de temps_____

CONSIGNES : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 16a; SINON, PASSEZ À LA QUESTION 17

17. Toujours au cours des **2 dernières semaines**, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un(e) médecin spécialiste?
1 = oui (Qui?)
2 = non→ **PASSEZ À Q 18**
8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 18**

(SI OUI) De quelle(s) spécialité(s) s'agit-il?

***CONSIGNES : SI PLUS D'UN SPÉCIALISTE, DEMANDEZ AU RÉPONDANT DE NOMMER EN PREMIER LA SPÉCIALITÉ DE CELUI QUI A ÉTÉ CONSULTÉ LE PLUS RÉCEMMENT;**

SI PLUS DE TROIS SPÉCIALISTES MENTIONNÉS, N'INSCRIVEZ QUE LA SPÉCIALITÉ DES TROIS PREMIERS.
17spec1 _____
17spec2 _____
17spec3 _____

***CONSIGNES : CETTE SÉRIE DE QUESTIONS DOIT ÊTRE POSÉE POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER;**

MONTREZ LA FICHE «B» ET DEMANDEZ :

17.a) Où a eu lieu la dernière consultation de __prénom__ avec ce __17SPEC1__ ?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = au bureau privé / à la clinique privée→ **PASSEZ À Q 17b**
2 = à un CLSC (centre local de services communautaires)→ **PASSEZ À Q 17b**
3 = à la clinique externe d'un hôpital→ **PASSEZ À Q 17b**
4 = à la salle d'urgence d'un hôpital→ **PASSEZ À Q 17e**
5 = à l'hôpital pendant une hospitalisation→ **PASSEZ À Q 17e**
6 = à la pharmacie→ **PASSEZ À Q 17e**
7 = à la maison→ **PASSEZ À Q 17e**
8 = à l'école→ **PASSEZ À Q 17e**
9 = au travail / à la clinique de l'entreprise→ **PASSEZ À Q 17e**
10 = par téléphone (excluant les appels faits pour prendre rendez-vous)→ **PASSEZ À Q 17e**
96 = autre → 17.a1) Précisez _____ → **PASSEZ À Q 17e**
98 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 17e**

17.b) S'agissait-il d'une consultation avec rendez-vous ou sans rendez-vous?
1 = avec rendez-vous
2 = sans rendez-vous→ **PASSEZ À Q 17e**
8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 17e**

17.c) **(SI «AVEC RENDEZ-VOUS»)** Combien de temps s'est-il écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation avec ce médecin spécialiste?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = moins d'un jour
2 = 1 jour à moins d'une semaine
3 = 1 semaine à moins d'un mois
4 = 1 mois à moins de 3 mois
5 = 3 mois à moins de 6 mois
6 = 6 mois ou plus
8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 17e**

17.d) Selon vous, ce temps d'attente a-t-il été...

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = acceptable?
2 = un peu long?
3 = trop long?
8 = ne sait pas

17.e) Toujours pour la dernière consultation avec ce médecin spécialiste, quelle distance a été parcourue pour le rencontrer (aller seulement)?

CONSIGNES : SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 17a EST «À LA MAISON», «PAR TÉLÉPHONE» OU «À L'HÔPITAL PENDANT UNE HOSPITALISATION», INSCRIVEZ LE CODE 3 «AUCUN DÉPLACEMENT» À LA QUESTION 17e ET LE CODE 3 «AUCUN TEMPS» À LA QUESTION 17f ET POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA QUESTION 18

1 = mille
2 = kilomètre
3 = aucun déplacement
8 = ne sait pas

17.e1) Nombre_ _ _ Unité de déplacement_____

17.f) Combien de temps a-t-il(elle) pris pour s'y rendre (aller seulement)?
1 = minute
2 = heure
3 = aucun temps
8 = ne sait pas

17.f1) Nombre_ _ Unité de temps_____

CONSIGNES : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 17a; SINON, PASSEZ À LA QUESTION 18

18. Toujours au cours des **2 dernières semaines**, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un(e) dentiste?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

19. un(e) infirmier(ère)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

20. un(e) pharmacien(ne)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

21. un(e) optométriste ou un(e) opticien(ne)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

22. Toujours au cours des **2 dernières semaines**, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un(e) physiothérapeute ou à un(e) ergothérapeute?
1 = oui (Qui?)
2 = non → **PASSEZ À Q 23**
8 = ne sait pas → **PASSEZ À Q 23**

22.a) **(SI OUI)** De quelle profession s'agissait-il?
1 = physiothérapeute
2 = ergothérapeute
8 = ne sait pas

23. un(e) chiropraticien(ne)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

24. un(e) acupuncteur(trice)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

25. un(e) autre praticien(ne) de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (naturopathe, ostécpathe, homéopathe, sage-femme, etc.)?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 26**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 26**

(SI OUI) De quel(s) praticiens(nes) s'agissait-il?

***CONSIGNES :** **SI PLUS D'UN PRATICIEN, DEMANDEZ AU RÉPONDANT DE NOMMER EN PREMIER CELUI QUI A ÉTÉ CONSULTÉ LE PLUS RÉCEMMENT;**

SI PLUS DE TROIS PRATICIENS MENTIONNÉS, N'INSCRIVEZ QUE LES TROIS PREMIERS

25prat1_____
25prat2_____
25prat3_____

26. Toujours au cours des **2 dernières semaines**, quelqu'un du foyer s'est-il adressé à un(e) psychologue?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

27. un(e) travailleur(euse) social(e) ou toute personne offrant des services similaires?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 28**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 28**

27.a) **(SI OUI)** De quelle profession s'agissait-il?_____

28. un(e) diététiste ou un(e) diététicien(ne)?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

29. toute autre personne qui applique des traitements ou qui donne des conseils?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 30**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 30**

29.a) **(SI OUI)** Qui a-t-il(elle) consulté? _____

CONSIGNE : SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A CONSULTÉ, PASSEZ À LA SECTION IV.

CONSIGNE : POUR CHAQUE PERSONNE QUI A CONSULTÉ UNE FOIS OU PLUS AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, DEMANDEZ :

30. Quelle est la dernière personne que __prénom_____ a consultée?
_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LA PROFESSION**

31. Quel était le principal problème à l'origine de cette consultation?
_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

SAUTEZ LA QUESTION 32 SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 30 EST «UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE» OU «UN MÉDECIN SPÉCIALISTE»;

***CONSIGNE : MONTREZ LA FICHE «B» ET DEMANDEZ :**

32. Où a eu lieu **la dernière consultation** de __prénom__ ?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = au bureau privé / à la clinique privée
2 = à un CLSC (centre local de services communautaires)
3 = à la clinique externe d'un hôpital
4 = à la salle d'urgence d'un hôpital
5 = à l'hôpital pendant une hospitalisation
6 = à la pharmacie
7 = à la maison
8 = à l'école
9 = au travail / à la clinique de l'entreprise
10 = par téléphone (excluant les appels faits pour prendre rendez-vous)
96 = autre - 32.a) Précisez_____
98 = ne sait pas

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres du foyer ont pris HIER ou AVANT-HIER (comprimés, onguents, sirop,...).

***CONSIGNE : MONTREZ LA FICHE «C» ET POSEZ LES QUESTIONS 33 À 46**

Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants :

33. Analgésiques (médicaments contre la douleur), comme l'aspirine?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

34. Tranquillisants, sédatifs ou somnifères?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

35. Médicaments pour le coeur ou la tension artérielle (pression sanguine)?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

36. Antibiotiques?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

37. Remèdes ou médicaments pour l'estomac?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

38. Laxatifs?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

39. Remèdes contre la toux ou le rhume?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

40. Onguents pour la peau?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

41. Vitamines ou minéraux?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

42. Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

43. Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

44. (Femmes de 12 ans et plus) Pilule contraceptive?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

45. Tout autre médicament?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

CONSIGNES : POUR CHAQUE PERSONNE QUI A PRIS DES MÉDICAMENTS, POSEZ LA SÉRIE DE QUESTIONS Meda À Medg POUR CHAQUE MÉDICAMENT;

SI PERSONNE DANS LE FOYER N'A PRIS DE MÉDICAMENT, PASSEZ À LA QUESTION 46.

Pour chacun des médicaments utilisés au cours des **2 derniers jours**, nous vous demandons certains renseignements supplémentaires.

CONSIGNES: TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT (EX. REMÈDES CONTRE LA TOUX OU LE RHUME) : MEDT_1 _____ ET TRANSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LA QUESTION (EX. 39) : MED_1 __ __

Vous m'avez dit que _prénom_ a pris des __MEDT_1__ au cours des 2 derniers jours.

1er médicament

Meda_1 Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez ? _____

***CONSIGNES : POUR AVOIR LE NOM EXACT, DEMANDEZ AU RÉPONDANT D'ALLER CHERCHER LE CONTENANT, LE TUBE OU LA BOÎTE SI NÉCESSAIRE;**

TRANSCRIVEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

Medb_1 Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

Medc_1 De ce temps-ci, _prénom_ prend-t-il(elle) ce médicament de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Medc_1**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Medf_1**

Medd_1 **(SI OUI)** Depuis combien de temps _prénom_ prend-t-il(elle) ce médicament à cette fréquence, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = moins d'un mois
2 = d'un mois à moins de six mois
3 = de six mois à moins d'un an
4 = un an et plus
8 = ne sait pas

CONSIGNE : PASSEZ À Q Medf_1

Medc_1 **(SI NON À Medc_1)** Prénom prend donc ce médicament à l'occasion. À quelle fréquence le fait-il(elle)?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = quelques fois par mois
2 = quelques fois par année
3 = moins de quelques fois par année
8 = ne sait pas

Medf_1 Quel était le principal problème de santé pour lequel prénom a pris ce médicament?

_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

Medg_1 **Hier ou avant-hier,** prénom a-t-il(elle) pris un autre MEDT_1 ?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNES : SI «OUI» À Medg_1, POSEZ LA SÉRIE DE QUESTIONS POUR CE MÉDICAMENT

SI «NON» OU «NE SAIT PAS» À Medg_1, PASSEZ AU MÉDICAMENT SUIVANT OU POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE

SINON, PASSEZ À LA QUESTION 46

CONSIGNE(S) : TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION : MEDT_2_____; MED_2_ _

Meda_2 à Medg_2

CONSIGNE(S) : TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION : MEDT_3_____; MED_3_ _

Meda_3 à Medg_3

CONSIGNE(S) : TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION : MEDT_4_____; MED_4_ _

Meda_4 à Medg_4

CONSIGNE(S) : TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION : MEDT_5_____; MED_5_ _

Meda_5 à Medg_5

CONSIGNE(S) : TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION : MEDT_6_____; MED_6_ _

Meda_6 à Medg_6

...Meda_20 à Medg_20

Les questions suivantes portent sur des médicaments pris au cours des **12 derniers mois.**

46. Au cours des **12 derniers mois**, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage de remèdes contre l'asthme?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

47. Au cours des **12 derniers mois**, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage de remèdes contre le rhume des foins?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

48. Au cours des **12 derniers mois**, est-ce que quelqu'un du foyer a reçu le vaccin contre la grippe?
1 = oui (Qui?)
2 = non → **PASSEZ À LA SECTION V**
8 = ne sait pas → **PASSEZ À LA SECTION V**

48.a) **(SI OUI)** Est-ce qu'un médecin avait recommandé à prénom de recevoir ce vaccin?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

SECTION V - ACCIDENTS AVEC BLESSURES

Les questions qui suivent portent sur les accidents **ayant causé des blessures assez graves** pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales ou à consulter un médecin. Voici quelques exemples de ces blessures : fracture, coupure ou brûlure grave, entorse au pied, etc.

49. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un du foyer a-t-il eu des accidents ayant causé des blessures (incluant les empoisonnements) et ayant entraîné des limitations au niveau de ses activités?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

50. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un du foyer a-t-il eu des accidents ayant causé des blessures (incluant les empoisonnements) pour lesquelles il a consulté un médecin?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

CONSIGNES: SI «OUI» À LA QUESTION 49 OU À LA QUESTION 50, POURSUIVEZ;

SINON, PASSEZ À LA SECTION VI

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UN ACCIDENT OU PLUS AYANT CAUSÉ DES BLESSURES, DEMANDEZ LES QUESTIONS 51 À 62;

Est-ce que prénom a eu un accident :

51. de la route?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

52. de travail?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

53. à l'école?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

54. à la maison (intérieur)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

55. dans un lieu de loisir et de sport?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

56. dans un lieu public (trottoir, édifice public, centre commercial, banque ou autres) (excluant le lieu de loisir et de sport)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

57. à la maison (extérieur)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

58. dans un autre endroit?
1 = oui 2 = non→ **PASSEZ À Q 59** 8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 59**

58.a) **(SI OUI)** Précisez _____

59. Combien d'accidents avec blessures prénom a-t-il (elle) eus au cours des **12 derniers mois**? Nombre __ __

60. Quelle est la principale blessure que prénom a eue? _____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LA BLESSURE**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LA BLESSURE ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

61. Quand a eu lieu le dernier accident?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = il y a moins de 8 jours
2 = 8 jours à moins de 1 mois
3 = 1 mois à moins de 3 mois
4 = 3 mois à 1 an
8 = ne sait pas

62. Suite à cet(ces) accident(s), prénom a-t-il (elle) eu d'autres problèmes de santé physique ou mentaux (causés par cet (un de ces) accident(s))?
1 =
2 = non→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 51; SINON, PASSEZ À LA SECTION V(a)**
8 = ne sait pas→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 51; SINON, PASSEZ À LA SECTION V(a)**

62.a) **(SI OUI)** Quel est le principal problème de santé qu'il(elle) a eu? _____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

J'aimerais maintenant obtenir des précisions sur les circonstances de l'accident (des accidents) dont nous venons de parler.

***CONSIGNE : POUR LES QUESTIONS 63 À 70, SI UNE PERSONNE A PLUS D'UN ACCIDENT DANS UNE MÊME CATÉGORIE, RÉFÉREZ SEULEMENT À L'ACCIDENT LE PLUS RÉCENT**

63. Vous m'avez dit que _prénom_ a eu un accident de la route. Qu'est-ce qui est arrivé? Était-il(elle) cycliste ou occupant de véhicule à moteur, par exemple?

***CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES**

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
63.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

64. Vous m'avez dit que _prénom_ a eu un accident de travail. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée par un outil coupant ou par une chute, par exemple?

***CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES**

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
64.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

65. Vous m'avez dit que _prénom_ a eu un accident à l'école. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure est-elle survenue durant la pratique d'une activité sportive ou s'agissait-il d'une chute, par exemple?

***CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES**

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
65.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

66. Vous m'avez dit que _prénom_ a eu un accident à l'intérieur de la maison. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée par une chute ou s'agissait-il d'une coupure, par exemple?

***CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES**

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
66.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

67. Vous m'avez dit que prénom a eu un accident dans un lieu de loisir et de sport. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure est-elle survenue durant la pratique d'une activité sportive ou était-il(elle) spectateur(trice), par exemple?

*CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige qu véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
67.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

68. Vous m'avez dit que prénom a eu un accident dans un lieu public. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée par une chute ou est-elle survenue durant la pratique d'une activité sportive, par exemple?

*CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
68.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

69. Vous m'avez dit que prénom a eu un accident à l'extérieur de la maison. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée par une chute ou s'agissait-il d'une coupure, par exemple?

*CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
69.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

70. Vous m'avez dit que prénom a eu un accident dans un autre endroit. Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée par une chute ou est-elle survenue durant la pratique d'une activité sportive, par exemple?

*CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES

1 = Accident de véhicule à moteur (sauf bicyclette, motoneige ou véhicule tout terrain)
2 = Accident de bicyclette (avec ou sans véhicule à moteur)
3 = Pratique d'activités récréatives ou sportives
4 = Chute (sauf en faisant du sport ou de la bicyclette)
5 = Agression
6 = Brûlure
7 = Empoisonnement accidentel
8 = Blessure causée par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
9 = Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
96 = Autre
70.a) Précisez _____
98 = Ne sait pas

CONSIGNE : LA QUESTION SUIVANTE CONCERNE TOUTES LES PERSONNES DONT L'ACCIDENT AVEC BLESSURE S'EST PRODUIT À BICYCLETTE OU LORS DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ RÉCRÉATIVE OU SPORTIVE; SI CODE «2» OU CODE «3» À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS 63 À 70, POSEZ LA QUESTION 71 :

71. Vous m'avez dit que _prénom_ a eu un (ou des) accident(s) de bicyclette ou au cours de la pratique d'une activité récréative ou sportive. Quelle(s) activité(s) faisait-il?

***CONSIGNES : NE LISEZ PAS LES RÉPONSES;**

SI PLUS DE QUATRE ACTIVITÉS MENTIONNÉES, N'INSCRIVEZ QUE LES QUATRE PREMIÈRES, Y COMPRIS LES ACTIVITÉS INSCRITES DANS LA CATÉGORIE «AUTRES».

1 = Badminton
2 = Baignade (exclut cours, entraînement ou faire des longueurs)
3 = Balle molle (softball)
4 = Ballet classique ou ballet jazz
5 = Baseball
6 = Basket-ball (ballon panier)
7 = Bicyclette (randonnée à bicyclette ou à vélo)
8 = Bicyclette de montagne en sentier (hors des routes avec revêtement asphalté)
9 = Cours d'éducation physique à l'école (exclut la pratique d'un sport énuméré ici)
10 = Conditionnement physique individuel (musculation, corde à danser, bicyclette stationnaire)
11 = Cours de conditionnement physique (workout, step, danse sérobique, aqua-aérobique, conditionnement physique dirigé)
12 = Équitation
13 = Football américain (avec plaquage)
14 = Football sans plaquage (flag ou touch football)
15 = Gymnastique
16 = Glissade sur neige (luge, toboggan, chambre à air, tapis-luge [crazy carpet])
17 = Hockey sur glace (avec patins à glace et bâton)
18 = Hockey, variantes du (hockey avec patins à roues alignées, hockey-bottines, hockey de rue, dekhockey hockey-cosum, hockey-balle)
19 = Jeux de ballon récréatif (exclut balle molle, baseball, basket-ball, racquetball, squash et volleyball)
20 = Jogging ou course à pied
21 = Judo
22 = Karaté
23 = Kayak (inclut kayak de mer)
24 = Moto-cross (course de motos sur parcours accidenté)
25 = Natation (cours, entraînement ou faire des longueurs)
26 = Patinage à roulettes (inclut patinage à roues alignées)
27 = Patinage libre sur glace
28 = Planche à neige (snowboard)
29 = Planche à roulettes (skateboard)

30 = Planche à voile
31 = Plongée sous-marine/activité subaquatique
32 = Racquetball
33 = Randonnée pédestre (exclut marche pour des fins d'exercice)
34 = Ski alpin
35 = Ski de randonnée (ski de fond)
36 = Soccer
37 = Squash
38 = Tennis
39 = Taekwondo
40 = Voile (exclut planche à voile)
41 = Volley-ball (ballon volant)
96 = Autre(s)

***CONSIGNE : INSCRIVEZ TOUTE ACTIVITÉ DONT LE NOM DIFFÈRE DES 41 CATÉGORIES (MAXIMUM DE 4)**

(SI AUTRE) Précisez
71autre1)_____
71autre2)_____
71autre3)_____
71autre4)_____
98 = Ne sait pas

SECTION VI - PROBLÈMES DE SANTÉ

Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée.

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE;

DANS LE CAS OÙ IL Y A DES SOUS-QUESTIONS, INSCRIVEZ LE PROBLÈME À SON NIVEAU LE PLUS PRÉCIS;

SI PLUS D'UN PROBLÈME EST MENTIONNÉ DANS LES SOUS-QUESTIONS, INSCRIVEZ-LES TOUS DANS LA ZONE AVEC LEURS NUMÉROS DE SOUS-QUESTIONS

***CONSIGNE : MONTREZ LA FICHE «D» ET DEMANDEZ :**

Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente les problèmes suivants :

72. Anémie
    1 = oui (Qui?)
    2 = non
    8 = ne sait pas

73. Maladie de la peau ou allergies cutanées
    1 = oui (Qui?)
    2 = non→ **PASSEZ À Q 74**
    8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 74**

    (SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
    73.a) d'une maladie de la peau?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas

    73.b) d'allergies cutanées?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas

74. Rhume des foins
    1 = oui (Qui?)
    2 = non
    8 = ne sait pas

75. Autres allergies
    1 = oui (Qui?)
    2 = non→ **PASSEZ À Q 76**
    8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 76**

    (SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
    75.a) d'allergies aux aliments?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas
    75.b) d'allergies aux animaux?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas
    75.c) d'autres allergies?
        1 = oui
        2 = non→ **PASSEZ À Q 76**
        8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 76**
        (SI AUTRE(S)) Précisez :
        75cspec1) _____
        75cspec2) _____
        75cspec3) _____
        75cspec4) _____
        75cspec5) _____

76. Sérieux maux de dos ou de la colonne
    1 = oui (Qui?)
    2 = non→ **PASSEZ À Q 77**
    8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 77**

CONSIGNE : SI «OUI», MONTREZ LA FICHE «E» ET DEMANDEZ :

    (SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
    76.a) de maux du cou?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas
    76.b) de maux du haut du dos?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas
    76.c) de maux du bas du dos?
        1 = oui
        2 = non
        8 = ne sait pas

77. Arthrite ou rhumatisme
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 78a**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 78a**

(SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
77.a) d'usure des articulations ou d'arthrose?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

78.a) Autre problème sérieux des os ou des articulations
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

78.b) Autre problème sérieux des muscles ou des tendons
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNES : SI «OUI» AUX QUESTIONS 78a OU 78b, PASSEZ À LA QUESTION 78c; SINON, PASSEZ À LA QUESTION 79

Pour prénom s'agit-il :
78.c) de tendinite, de bursite, d'épicondylite, par exemple, un "tennis elbow", d'entorse, de foulure ou d'autres traumatismes des muscles, des tendons ou des ligaments?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas
78.d) de compression ou pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien, le défilé thoracique ou la radiculopathie?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas
78.e) d'un autre problème sérieux des muscles, des os ou des articulations, par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée tel que fibromyalgie ou algo-dystrophie?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

79. Cancer
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 80**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 80**

79.a) **(SI OUI)** Pour prénom s'agit-il du mélanome cutané?
1 = oui - **PASSEZ À Q 80**
2 = non - 79.b) De quel cancer s'agit-il?_____
8 = ne sait pas

80. Paralysie cérébrale
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

81. Diabète
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

82. Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 83**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 83**

(SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
82.a) d'emphysème?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
82.b) de bronchite chronique?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
82.c) d'une toux persistante?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
82.d) d'asthme?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

83. Déficience mentale ou intellectuelle
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

84. Dépression
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

85. Épilepsie
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

86. Hypertension (haute pression)
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

87. Maladie du coeur
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

88. Troubles urinaires ou maladie du rein
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

89. Ulcères d'estomac
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

90. Autres troubles digestifs
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 91**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 91**

90.a) **(SI OUI)** Quel est le problème de prénom : _____

91. Goitre ou troubles de la thyroïde
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

92. Migraines ou maux de tête fréquents
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

93. Incapacité ou handicap à la suite de la perte d'un membre
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

94. Paralysie à la suite d'un accident
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

95. Paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

96. Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

97. Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 98**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 98**
(SI OUI) Pour prénom s'agit-il :
97.a) de la maladie d'Alzheimer
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
97.b) d'un autre problème
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 98**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 98**
97.b1) **(SI OUI)** Précisez le problème de prénom : _____

98. Incapacité ou handicap dûs à l'obésité
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

99. Périodes de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

100. Cataractes
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

101. Maladies de la rétine
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

102. Glaucome
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

103. Et maintenant, y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale, ou tout autre handicap?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 104**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 104**

103.a) **(SI OUI)** Quel est le problème de santé de __prénom__ ?_____

Pour la prochaine question, nous nous reportons à la période des **4 derniers mois** :

CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES SI AUCUN PROBLÈME N'A ÉTÉ MENTIONNÉ DEPUIS LE DÉBUT DE L'ENTREVUE

104. (En plus des problèmes que vous avez mentionnés depuis le début de l'entrevue) est-ce que quelqu'un du foyer a connu une période de maladie ou encore des symptômes ou des problèmes de santé **au cours des 4 derniers mois** (dont nous n'avons pas déjà parlé)?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À Q 105**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 105**

(SI OUI) Précisez le(s) problème(s) de _prénom_ :
104prec1_____
104prec2_____
104prec3_____

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE(LES) PROBLÈME(S) ET LE NUMÉRO DE LA (DES) QUESTION(S) DANS LA ZONE

SECTION VII : CHIRURGIES D'UN JOUR

Les questions suivantes portent sur les chirurgies d'un jour des membres de votre foyer.

105. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un du foyer est-il allé à l'hôpital pour une chirurgie d'un jour, c'est-à-dire pour une opération sans avoir passé la nuit à l'hôpital?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À LA SECTION VIII**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À LA SECTION VIII**

106. **(SI OUI)** Combien de fois _prénom_ est-il(elle) allé(e) à l'hôpital pour une chirurgie d'un jour? __ __ Nombre de fois

CONSIGNE : NE LISEZ PAS LE BOUT DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES SI LA PERSONNE EST ALLÉE À L'HÔPITAL POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR SEULEMENT UNE FOIS

107. (Si l'on pense à la dernière fois) Quel était le principal problème à l'origine de cette chirurgie d'un jour? _____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

108. Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le médecin a informé _prénom_ qu'il(elle) devait être opéré(e) et le moment où il(elle) est allé(e) à l'hôpital pour une chirurgie d'un jour?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = moins d'un jour
2 = 1 jour à moins d'une semaine
3 = 1 semaine à moins d'un mois
4 = 1 mois à moins de 3 mois
5 = 3 mois à moins de 6 mois
6 = 6 mois à moins d'un an
7 = 1 an ou plus
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 110**

109. Selon vous, ce temps d'attente a-t-il été...

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = trop court?
2 = acceptable?
3 = un peu long?
4 = trop long?
8 = ne sait pas

110. Lors de cette chirurgie d'un jour, compte tenu de son état de santé, croyez-vous qu'il aurait été préférable que _prénom_ passe au moins une nuit à l'hôpital ou était-ce suffisant?
1 = il(elle) aurait dû passer au moins une nuit à l'hôpital
2 = c'était suffisant
8 = ne sait pas

111. À la suite de cette chirurgie d'un jour, _prénom_ a-t-il(elle) reçu, à domicile, des traitements : par exemple, un pansement, une injection, une prise de tension artérielle, l'enseignement d'exercices de physiothérapie...qu'il(elle) ne recevait pas déjà avant cette chirurgie d'un jour?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 114**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 114**

112. **(SI OUI)** Qui a donné ces traitements?

112.a) Une personne vivant dans ce ménage?
1 = oui 2 = non - **PASSEZ À Q 112.b** 8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 112.b**

112.a1) **(SI OUI)** Est-ce une personne apparentée à _prénom_, y compris une personne apparentée par union libre?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

112.b) Une personne apparentée ne vivant pas dans ce ménage?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

112.c) Un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

112.d) Quelqu'un du CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

112.e) Une personne embauchée à titre privé?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

112.f) Quelqu'un d'autre?
1 = oui 112.f1) **(SI OUI)** Précisez _____ 2 = non 8 = ne sait pas

113. A-t-il fallu débourser de l'argent pour ces services, excluant des montants d'argent qui auraient été versés par le CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

114. À la suite de cette chirurgie d'un jour, _prénom_ a-t-il(elle) eu de l'aide à domicile, peu importe par qui, pour manger, se laver, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc. qu'il(elle) ne recevait pas déjà avant cette chirurgie d'un jour?
1 = oui
2 = non - **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 106; SINON PASSEZ À LA SECTION VIII**
8 = ne sait pas - **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 106; SINON, PASSEZ À LA SECTION VIII**

115. **(SI OUI)** Qui a fourni cette aide?

115.a) Une personne vivant dans ce ménage?
1 = oui 2 = non - **PASSEZ À Q 115.b** 8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 115.b**

115.a1) **(SI OUI)** Est-ce une personne apparentée à _prénom_, y compris une personne apparentée par union libre?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

115.b) Une personne apparentée ne vivant pas dans ce ménage?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

115.c) Un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

115.d) Quelqu'un du CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

115.e) Une personne embauchée à titre privé?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

115.f) Quelqu'un d'autre?
1 = oui 115.f1) **(SI OUI)** Précisez_____ 2 = non 8 = ne sait pas

116. A-t-il fallu débourser de l'argent pour ces services, excluant des montants d'argent qui auraient été versés par le CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

117. Dans l'ensemble, cette aide a-t-elle été (est-elle) suffisante?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

CONSIGNES : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 106; SINON, PASSEZ À LA SECTION VIII

SECTION VIII - HOSPITALISATIONS

Les questions suivantes portent sur les hospitalisations des membres de votre foyer.

118. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un du foyer a-t-il été hospitalisé, c'est-à-dire, est-ce que quelqu'un a passé au moins une nuit à l'hôpital?
1 = oui (Qui?)
2 = non - **PASSEZ À LA SECTION IX**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À LA SECTION IX**

119. **(SI OUI)** Combien de fois _prénom_ a-t-il(elle) été hospitalisé(e)?
__ __ Nombre de fois

CONSIGNE : NE LISEZ PAS LE BOUT DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES SI LA PERSONNE EST ALLÉE À L'HÔPITAL SEULEMENT UNE FOIS

120. (Si l'on pense à la dernière fois) Quel était le principal problème à l'origine de cette hospitalisation? _____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LE PROBLÈME**

CONSIGNE : INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

NE LISEZ PAS LE BOUT DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES SI LA PERSONNE EST ALLÉE À L'HÔPITAL SEULEMENT UNE FOIS

121. (Toujours pour cette dernière hospitalisation) Combien de nuits a-t-il(elle) passées à l'hôpital? __ __ __ nuit(s)

122. Quelle était la raison principale de cette hospitalisation? S'agissait-il ...

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = d'une chirurgie (une opération)
2 = de subir des tests ou d'être sous observation
3 = de recevoir un traitement
4 = d'un accouchement
5 = d'une autre raison
122.a) Précisez _____
8 = ne sait pas

123. Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le médecin a informé _prénom_ qu'il(elle) devait être hospitalisé(e) et le moment où il(elle) est entré(e) à l'hôpital?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = moins d'un jour ou entré(e) d'urgence
2 = 1 jour à moins d'une semaine
3 = 1 semaine à moins d'un mois
4 = 1 mois à moins de 3 mois
5 = 3 mois à moins de 6 mois
6 = 6 mois à moins d'un an
7 = 1 an ou plus
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 125**

124. Selon vous, ce temps d'attente a-t-il été...

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = trop court?
2 = acceptable?
3 = un peu long?
4 = trop long?
8 = ne sait pas

125. Lors de cette hospitalisation, compte tenu de son état de santé, croyez-vous qu'il aurait été préférable que _prénom_ passe plus de temps à l'hôpital ou était-ce suffisant?
1 = Il(elle) aurait dû passer plus de temps à l'hôpital
2 = C'était suffisant
8 = Ne sait pas

126. À la suite de cette hospitalisation, _prénom_ a-t-il(elle) reçu, à domicile, des traitements : par exemple, un pansement, une injection, une prise de tension artérielle, l'enseignement d'un programme d'exercices de physiothérapie...qu'il(elle) ne recevait pas déjà avant cette hospitalisation?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 129**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 129**

127. **(SI OUI)** Qui a donné ces traitements?

127.a) Une personne vivant dans ce ménage?
1 = oui 2 = non→ **PASSEZ À Q 127.b** 8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 127.b**

127.a1) **(SI OUI)** Est-ce une personne apparentée à _prénom_, y compris une personne apparentée par union libre?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

127.b) Une personne apparentée ne vivant pas dans ce ménage?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

127.c) Un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

127.d) Quelqu'un du CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

127.e) Une personne embauchée à titre privé?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

127.f) Quelqu'un d'autre?
1 = oui 127.f1) **(SI OUI)** Précisez _____ 2 = non 8 = ne sait pas

128. A-t-il fallu débourser de l'argent pour ces services, excluant des montants d'argent qui auraient été versés par le CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

129. À la suite de cette hospitalisation, _prénom_ a-t-il(elle) eu de l'aide à domicile, peu importe par qui, pour manger, se laver, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc. qu'il(elle) ne recevait pas déjà avant cette hospitalisation?

1 = oui
2 = non→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 119; SINON, PASSEZ À LA SECTION IX**
8 = ne sait pas→ **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 119; SINON, PASSEZ À LA SECTION IX**

130. **(SI OUI)** Qui a fourni cette aide?

130.a) Une personne vivant dans ce ménage?
1 = oui 2 = non→ **PASSEZ À Q 130.b** 8 = ne sait pas→ **PASSEZ À Q 130.b**

130.a1) **(SI OUI)** Est-ce une personne apparentée à _prénom_, y compris une personne apparentée par union libre?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

130.b) Une personne apparentée ne vivant pas dans ce ménage?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

130.c) Un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

130.d) Quelqu'un du CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

130.e) Une personne embauchée à titre privé?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

130.f) Quelqu'un d'autre?
1 = oui 130.f1) **(SI OUI)** Précisez_____ 2 = non 8 = ne sait pas

131. A-t-il fallu débourser de l'argent pour ces services, excluant des montants d'argent qui auraient été versés par le CLSC?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

132. Dans l'ensemble, cette aide a-t-elle été (est-elle) suffisante?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

CONSIGNE : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 119; SINON, PASSEZ À LA SECTION IX

SECTION IX - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS (PS)

CONSIGNES : POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ CETTE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DIFFÉRENT INSCRIT DANS LA ZONE;

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN MEMBRE DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION X

PS-1 PROBLÈME DE SANTÉ 1

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

***CONSIGNE : POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTIONNÉ PLUS D'UNE FOIS, POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES SUR L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT.**

PSa_1 Depuis quand _prénom_ a-t-il(elle) ce problème de _problème_ ?
1 = jour (PSa1_1) Nombre __ __
2 = semaine Unité de temps ___
3 = mois
4 = année
5 = depuis la naissance
6 = ne s'applique pas, ex. le problème est réglé, examen de routine, prévention ➡ [Passez au problème suivant]
7 = problème déjà détaillé ➡ [Passez au problème suivant]
8 = ne sait pas ➡ [Passez au problème suivant]

PSb_1 Ce problème a-t-il été confirmé par un médecin?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

PSc_1 Quand _prénom_ a-t-il(elle) consulté quelqu'un au sujet de _problème_ la dernière fois?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = au cours des 4 derniers mois · PASSEZ À Q Psd_1
2 = 5 mois à moins d'un an
3 = 1 an à moins de 2 ans
4 = 2 à 5 ans
5 = plus de 5 ans
6 = jamais
8 = ne sait pas

CONSIGNES : SI CODE 1, PASSEZ À LA QUESTION SUIVANTE;

SI CODES 2 À 8, PASSEZ AU PROBLÈME SUIVANT; SINON, POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA SECTION X

PSd_1 Qui prénom a-t-il(elle) consulté?_____

***CONSIGNE : PRÉCISEZ LA PROFESSION**

PSe_1 Combien de fois, au cours des 4 derniers mois, _prénom_ a-t-il(elle) consulté ce professionnel/cette personne pour son _problème_ ?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = 1 fois?
2 = 2-3 fois?
3 = plus de 3 fois?
8 = ne sait pas

PSf_1 A-t-il(elle) consulté quelqu'un d'autre au cours des 4 derniers mois au sujet de _problème_ ?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ AU PROBLÈME SUIVANT; SI AUCUN AUTRE PROBLÈME, POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA SECTION X**
8 = ne sait pas - **PASSEZ AU PROBLÈME SUIVANT; SI AUCUN AUTRE PROBLÈME, POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE; SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA SECTION X**

(SI OUI) Qui a-t-il(elle) consulté?

***CONSIGNES : SI PLUS D'UN PROFESSIONNEL/PERSONNE, DEMANDEZ AU RÉPONDANT DE NOMMER EN PREMIER CELUI QUI A ÉTÉ CONSULTÉ LE PLUS RÉCEMMENT.**

NOTEZ LES TROIS PREMIERS PROFESSIONNELS MENTIONNÉS; SI PLUS DE TROIS, CODEZ 1 (OUI) À LA QUESTION PSh_1

Psg1_1_____
Psg2_1_____
Psg3_1_____

***CONSIGNE : NE LISEZ PAS LA QUESTION PSh_1**

Psh_1 Plus de trois professionnels mentionnés?
1 = oui
2 = non

CONSIGNE : RÉPÉTEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROFESSIONNEL JUSQU'À CONCURRENCE DE TROIS PROFESSIONNELS

PSi1_1 Combien de fois au cours des 4 derniers mois prénom a-t-il(elle) consulté ce professionnel/cette personne pour son problème?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

1 = 1 fois?
2 = 2-3 fois?
3 = plus de 3 fois?
8 = ne sait pas

PSi2_1...
PSi3_1...

CONSIGNES : PASSEZ AU PROBLÈME SUIVANT;

SI AUCUN AUTRE PROBLÈME, POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE;

SI AUCUNE AUTRE PERSONNE, PASSEZ À LA SECTION X

PS-2 PROBLÈME DE SANTÉ 2
PSa_2 à PSi3_2

PS-3 PROBLÈME DE SANTÉ 3
PSa_3 à PSi3_3

PS-4 PROBLÈME DE SANTÉ 4
PSa_4 à PSi3_4

PS-5 PROBLÈME DE SANTÉ 5
PSa_5 à PSi3_5

...PSa_20 à PSi3_20

SECTION X - SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Il nous reste encore quelques questions sur des problèmes de santé. Parlons maintenant de symptômes respiratoires.

133. Avez-vous eu, vous ou un des membres de votre foyer, des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois**?
1 = oui (Qui?)
2 = non→ **PASSEZ À SECTION XI**
8 = ne sait pas→ **PASSEZ À SECTION XI**

***CONSIGNE : CETTE SÉRIE DE QUESTIONS DOIT ÊTRE POSÉE POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER**

134. Lors des **12 derniers mois**, prénom a-t-il(elle) eu des sifflements dans la poitrine presque tous les jours ou toutes les nuits?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

135. Lors des **12 derniers mois**, prénom a-t-il(elle) eu des sifflements lorsqu'il(elle) n'était pas enrhumé(e)?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

136. Lors des **12 derniers mois**, prénom a-t-il(elle) déjà eu une crise de sifflements dans la poitrine qui l'ait essoufflé(e), même légèrement?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

CONSIGNES : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 134; SINON, POURSUIVEZ À LA SECTION XI

SECTION XI : VISION ET AUDITION

Les questions suivantes portent sur la vision et l'audition.

CONSIGNE : POSEZ LES QUESTIONS 137 ET 138 POUR CHAQUE PERSONNE DE 6 ANS ET PLUS

137. Habituellement, __prénom_____ voit-il(elle) assez bien pour lire les caractères ordinaires du journal SANS LUNETTES OU VERRES DE CONTACT?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

138. Habituellement, __prénom_____ voit-il(elle) assez bien pour reconnaître un(e) ami(e) de l'autre côté de la rue SANS LUNETTES OU SANS VERRES DE CONTACT?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNE : POSEZ LA QUESTION 139 (a à c) POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS

Nous voulons savoir si vous ou un autre membre de votre foyer avez de la difficulté à entendre. Si quelqu'un porte une prothèse auditive, **répondez aux questions suivantes comme si cette personne n'utilisait pas sa prothèse**.

139. Habituellement, __prénom__ est-il(elle) capable d'entendre et de comprendre ce qu'une personne lui dit dans une pièce silencieuse...
a) si la personne lui parle à voix élevée?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
b) si la personne lui parle à voix normale?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas
c) si la personne lui parle à voix basse?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNE : SI OUI AUX QUESTIONS 139a, 139b ET 139c, PASSEZ À LA SECTION XII

140. __Prénom__ a-t-il(elle) déjà consulté un professionnel de la santé pour sa difficulté à entendre?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

SECTION XII : COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ PAR UN RÉGIME D'ASSURANCE PRIVÉ

Les questions suivantes portent sur la couverture des frais de santé par une assurance privée pour chacun des membres de votre foyer.

141. Quelqu'un du foyer est-il couvert par une assurance privée qui défraie (couvre, paie) au moins en partie, les dépenses non assurées par l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)?
1 = oui → (Qui?)
2 = non → **PASSEZ À Q 151**
8 = ne sait pas → **PASSEZ À Q 151**

CONSIGNE : POUR CHAQUE PERSONNE COUVERTE PAR UNE ASSURANCE PRIVÉE, DEMANDEZ

Quel(s) type(s) d'assurance privée couvrent les frais de santé de prénom? S'agit-il...

142. d'une police d'assurance collective individuelle ou familiale obtenue dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

143. d'une police d'assurance individuelle ou familiale obtenue directement d'un courtier ou d'une compagnie d'assurance?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

144. d'un autre type d'assurance?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas
144.a) **(SI OUI)** Précisez _____

CONSIGNE : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 142; SINON, PASSEZ À LA QUESTION 145

Les services suivants sont-ils couverts, en totalité ou en partie, par ce(s) régime(s) d'assurance privé(s) pour quelqu'un de votre foyer?

145. Les soins hospitaliers, tels que les frais pour une chambre privée ou semi-privée?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

146. Les médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

147. Les soins dentaires?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

148. Les examens de la vue?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

149. Les lunettes et verres de contact?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

150. Les services fournis par certains professionnels, par exemple par des psychologues, des physiothérapeutes, des chiropraticiens(nes), des acupuncteurs ou acupunctrices, des ostéopathes...?
1 = oui (Pour qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

151. Quelqu'un du foyer est-il inscrit au PROGRAMME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU QUÉBEC?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

152. Quelqu'un du foyer est-il couvert par un autre programme d'aide gouvernemental tel que la sécurité du revenu, c'est-à-dire le bien-être ou l'aide sociale, ou la pension de sécurité de la vieillesse, qui paie, en partie ou en totalité, les soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires...?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

SECTION XIII - SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Je vais maintenant vous lire quelques phrases rapportées par des gens au sujet de leur situation alimentaire. Dites-moi si ces situations sont souvent vraies, parfois vraies ou jamais vraies pour vous (et les membres de votre foyer) :

153. Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en racheter.
1 = souvent vraie
2 = parfois vraie
3 = jamais vraie
8 = ne sait pas

154. Nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture.
1 = souvent vraie
2 = parfois vraie
3 = jamais vraie
8 = ne sait pas

CONSIGNE : S'IL N'Y A PAS D'ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS, PASSEZ À LA QUESTION 156

155. Nous ne pouvons pas offrir des repas équilibrés aux enfants de notre foyer parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement.
1 = souvent vraie
2 = parfois vraie
3 = jamais vraie
8 = ne sait pas

CONSIGNES : SI LE(LA) RÉPONDANT(E) A RÉPONDU «JAMAIS VRAI» AUX QUESTIONS 153, 154 ET, S'IL Y A LIEU, À LA QUESTION 155, IMPUTEZ «00» À LA QUESTION 156 ET PASSEZ À LA SECTION XIV.

156. <u>Au cours du dernier mois</u>, combien de jours, vous et les membres de votre foyer, avez-vous manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture?

***CONSIGNE : SI AUCUN, INSCRIVEZ «00»**

Précisez le nombre de jours__ __
98 = ne sait pas

SECTION XIV - RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Pour mieux comprendre le lien entre la santé et les caractéristiques de la population, j'aimerais vous poser quelques questions d'ordre général.

LIEU DE NAISSANCE

CONSIGNE : POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 157 ET 158

157. Où __prénom__ est-il(elle) né(e)?
1. Au Québec - **PASSEZ À «STATUT D'ACTIVITÉ»**
2. Autre province du Canada - **PASSEZ À «STATUT D'ACTIVITÉ»**
3. À l'extérieur du Canada ——→ 157.a) Précisez _____
8. Ne sait pas

158. En quelle année __prénom__ est-il(elle) venu(e) s'établir au Canada?
_ _ _ _

STATUT D'ACTIVITÉ

J'aimerais savoir quelle est l'activité principale de chaque personne.

***CONSIGNES : POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS, POSEZ LES QUESTIONS 159 ET 160 AVANT DE POURSUIVRE À LA QUESTION 161;**

MONTREZ LA FICHE «F» ET DEMANDEZ :

159. Au cours des **12 derniers mois,** quelle était l'occupation **habituelle** de __prénom__ ?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

Est-ce qu'il(elle)...
1 = travaillait?
2 = fréquentait l'école?
3 = tenait maison?
4 = ne travaillait pas pour des raisons de santé?
5 = était à la retraite : en arrêt définitif du travail pour des raisons de santé?
6 = était à la retraite : en arrêt définitif du travail pour toute autre raison?
7 = était en congé de maternité?
8 = était sur l'assurance-emploi?
9 = était en grève ou en lock-out?
10 = était en vacances?
96 = autre 159.a) Précisez_____
98 = ne sait pas

***CONSIGNE : REMETTEZ LE CALENDRIER AU(À LA) RÉPONDANT(E) ET DITES :**

160. Au cours des **2 dernières semaines,** qu'a fait __prénom__ pendant la majeure partie du temps?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

Est-ce qu'il(elle)...
1 = travaillait?
2 = fréquentait l'école?
3 = tenait maison?
4 = ne travaillait pas pour des raisons de santé?
5 = était à la retraite : en arrêt définitif du travail pour des raisons de santé?
6 = était à la retraite : en arrêt définitif du travail pour toute autre raison?
7 = était en congé de maternité?
8 = était sur l'assurance-emploi?
9 = était en grève ou en lock-out?
10 = était en vacances?
96 = autre 160.a) Précisez_____
98 = ne sait pas

EMPLOI

CONSIGNE : POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS, POSEZ LA SÉRIE DE QUESTIONS 161 À 171

161. __prénom__ occupe-t-il(elle) un emploi actuellement?
1. oui
2. non - **PASSEZ À Q 163**
8. ne sait pas - **PASSEZ À Q 163**

***CONSIGNE : DEMANDEZ AU RÉPONDANT DE RÉPONDRE EN FONCTION DE L'EMPLOI PRINCIPAL**

162. Depuis combien de temps __prénom__ occupe-t-il(elle) cet emploi?
162.a) Nombre__ __ Unité de temps___
1 = jour - **PASSEZ À Q 164**
2 = semaine - **PASSEZ À Q 164**
3 = mois **(moins de 12 mois)** - **PASSEZ À Q 164**
4 = année - **PASSEZ À Q 165**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 165**

163. Depuis combien de temps__prénom__ est-il(elle) sans emploi?
163.a) Nombre__ __ Unité de temps__
1 = jour- **PASSEZ À Q 164**
2 = semaine- **PASSEZ À Q 164**
3 = mois (moins de 12 mois)- **PASSEZ À Q 164**
4 = année- **PASSEZ À «REVENU»**
5 = jamais travaillé- **PASSEZ À «REVENU»**
8 = ne sait pas- **PASSEZ À «REVENU»**

164. Durant les **12 derniers mois**, pendant combien de temps__prénom__ a-t-il (elle) travaillé ?
164.a) Nombre__ __ Unité de temps__
1 = jour
2 = semaine
3 = mois
8 = ne sait pas

CONSIGNES : POSEZ CETTE SÉRIE DE QUESTIONS POUR LES PERSONNES QUI OCCUPENT ACTUELLEMENT UN EMPLOI SELON LA QUESTION 161. POUR LES AUTRES PERSONNES, PASSEZ À «REVENU».

***CONSIGNE : DEMANDEZ AU RÉPONDANT DE RÉPONDRE EN FONCTION DE L'EMPLOI PRINCIPAL.**

165. Quel genre de travail fait-il (elle)? Donnez-en une description complète, par exemple : tenir les comptes à jour, vendre des chaussures, enseigner à l'école primaire, installer des escaliers en fer forgé en les soudant sur place, etc.

_____

_____

166. De quel genre d'entreprise, d'activité économique ou de service s'agit-il? Donnez-en une description complète, par exemple : fabrication de boîtes en carton, magasin de chaussures au détail, commission scolaire, industrie fabriquant et installant des escaliers en fer forgé, etc.

_____

_____

167. Dans quelle municipalité cette entreprise est-elle située? Ne considérez que l'endroit où prénom travaille. _____

168. Combien d'heures par semaine__prénom__ fait-il (elle) ce travail? __ __ heures

169. Ce travail est-il saisonnier?
1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

170. A-t-il (elle) un autre travail?
1 = oui- **PASSEZ À Q 171**
2 = non- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 161; SINON, PASSEZ À «REVENU»**
8 = ne sait pas- **POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À Q 161; SINON, PASSEZ À «REVENU»**

171. **(SI OUI)** Combien d'heures par semaine__prénom__ fait-il (elle) cet autre travail?
__ __ heures

CONSIGNES : POURSUIVEZ AVEC LA PERSONNE SUIVANTE À LA QUESTION 161; SINON, PASSEZ À «REVENU»

REVENU

Il continue d'exister un lien important entre la santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation.

172. Quel a été le revenu global (brut) du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et déductions, pour l'année 1997?

Est-ce :
01 = aucun revenu
02 = moins de 20 000$
03 = moins de 10 000$
04 = moins de 5 000$
05 = plus de 5 000$
06 = plus de 10 000$
07 = moins de 15 000$
08 = plus de 15 000$
09 = plus de 20 000$
10 = moins de 40 000$
11 = moins de 30 000$
12 = plus de 30 000$
13 = plus de 40 000$
14 = entre 40 000$ et 60 000$
15 = entre 60 000$ et 80 000$
16 = entre 80 000$ et 100 000$
17 = plus de 100 000$
98 = ne sait pas
99 = refus

CONSIGNES : **SI LE NOMBRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE = «0» SELON LA QUESTION 9 DE LA SECTION D'IDENTIFICATION, PASSEZ À LA QUESTION 173a;**

SI LE NOMBRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE = «1» SELON LA QUESTION 9 DE LA FICHE D'IDENTIFICATION, PASSEZ À LA QUESTION 173c;

SI LE NOMBRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE > «2» SELON LA QUESTION 9 DE LA FICHE D'IDENTIFICATION, PASSEZ À LA QUESTION 173d.

173.a) Vous m'avez dit que votre foyer n'a aucun numéro de téléphone en service actuellement. **Au cours des 12 derniers mois**, y a-t-il eu des périodes durant lesquelles votre foyer a eu le service téléphonique?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 174**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 174**

173.b) **(SI OUI)** Pendant combien de mois? __ __ - **PASSEZ À Q 174**

***CONSIGNE :** **SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ «00»**

173.c) **Au cours des 12 derniers mois**, y a-t-il eu des périodes durant lesquelles votre foyer n'a pas eu de service téléphonique?
1 = oui - **PASSEZ À Q 173e**
2 = non - **PASSEZ À Q 174**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 174**

CONSIGNE : **SI LE NOMBRE DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ≥ 2 SELON LA QUESTION 9 DE LA SECTION D'IDENTIFICATION, INSCRIVEZ-LE DANS L'ESPACE «X» DE LA QUESTION 173d**

173.d) **Au cours des 12 derniers mois**, y a-t-il eu des périodes durant lesquelles votre foyer n'a pas eu de service téléphonique à vos _X_ numéros de téléphone en même temps?
1 = oui - **PASSEZ À Q 173e**
2 = non - **PASSEZ À Q 174**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 174**

173.e) **(SI OUI À Q 173c OU Q 173d)** Combien de temps avez-vous été sans service téléphonique?

***CONSIGNES :** **SI PLUS D'UNE INTERRUPTION DE SERVICE, DEMANDEZ AU RÉPONDANT D'ADDITIONNER LES JOURS, LES SEMAINES ET LES MOIS DE TOUTES CES INTERRUPTIONS;**

LISEZ LES RÉPONSES

1 = un jour ou moins
2 = plus d'un jour
3 = plus d'une semaine
4 = plus d'un mois
8 = ne sait pas

SECTION XV - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : AIR INTÉRIEUR

Les questions suivantes portent sur l'environnement physique à votre domicile.

174. Depuis combien de temps votre ménage vit-il à l'adresse actuelle?

174.a) Nombre__ __ Unité de temps__

***CONSIGNE : SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ «1» MOIS**
1 = mois
2 = année
8 = ne sait pas

Votre domicile est-il chauffé par...

175. des radiateurs à l'eau chaude?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

176. la circulation d'air chaud?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

177. des radiateurs électriques?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

178. un poêle à bois ou un foyer?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

179. d'autres méthodes?
1 = oui **(SI OUI)** Précisez : 179a_____
2 = non 179b_____
8 = ne sait pas 179c_____

180. Utilisez-vous un système d'air conditionné à votre domicile?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

À quelle fréquence laissez-vous les fenêtres et/ou les portes extérieures ouvertes durant chacune des saisons?

***CONSIGNE : LISEZ LES RÉPONSES**

181. Au printemps, à quelle fréquence les laissez-vous ouvertes...
1 = jamais?
2 = rarement?
3 = occasionnellement?
4 = souvent?
5 = toujours?
8 = ne sait pas

182. À l'été, à quelle fréquence les laissez-vous ouvertes...
1 = jamais?
2 = rarement?
3 = occasionnellement?
4 = souvent?
5 = toujours?
8 = ne sait pas

183. À l'automne, à quelle fréquence les laissez-vous ouvertes...
1 = jamais?
2 = rarement?
3 = occasionnellement?
4 = souvent?
5 = toujours?
8 = ne sait pas

184. À l'hiver, à quelle fréquence les laissez-vous ouvertes...
1 = jamais?
2 = rarement?
3 = occasionnellement?
4 = souvent?
5 = toujours?
8 = ne sait pas

185. Combien de personnes fument à l'intérieur de la maison tous les jours ou presque?
Nombre de personnes__ __ ***CONSIGNE(S) : SI AUCUNE, INSCRIVEZ «00»**

186. La pièce du domicile que vous (et les membres de votre foyer) utilisez le plus pendant la journée a-t-elle un tapis mur à mur ou dont la superficie du tapis est importante?
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

187. Y a-t-il quelqu'un dans le foyer dont la chambre à coucher a du tapis mur à mur ou dont la superficie du tapis est importante?
1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

188. Avez-vous des chats?
1 = oui 2 = non - **PASSEZ À Q 189** 8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 189**

188.a) Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui le(s) laisse rentrer dans sa chambre à coucher?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

189. Avez-vous des chiens?
1 = oui
2 = non - **PASSEZ À Q 190**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À Q 190**

189.a) Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui le(s) laisse rentrer dans sa chambre à coucher?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

190. Avez-vous d'autres animaux à poil ou des oiseaux à l'intérieur du domicile?
1 = oui - **PASSEZ À Q 190a**
2 = non - **PASSEZ À «MODIFICATIONS APPORTÉES AU DOMICILE»**
8 = ne sait pas - **PASSEZ À «MODIFICATIONS APPORTÉES AU DOMICILE»**

190.a) Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui le(s) laisse rentrer dans sa chambre à coucher?
1 = oui (Qui?)
2 = non
8 = ne sait pas

MODIFICATIONS APPORTÉES AU DOMICILE

CONSIGNES : SI «OUI» AUX QUESTIONS 73b, 74, 75b, 75c OU 82d, POSEZ LES QUESTIONS 191 À 196;

SINON, PASSEZ À LA QUESTION 197

L'une ou l'autre des modifications suivantes ont-elles été apportées à l'intérieur de votre domicile depuis que vous y habitez **parce que vous ou quelqu'un de votre foyer souffre d'asthme ou d'allergie**?

191 Enlever les tapis
1 = oui 2 = non 3 = ne s'applique pas 8 = ne sait pas

192 Augmenter la ventilation
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

193. Réduire ou éliminer la consommation de tabac
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

194. Se défaire des animaux domestiques
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

195. Utiliser des méthodes de contrôle des cafards ou des mites de poussière
1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

196. D'autres modifications à l'intérieur du domicile?
1 = oui **(SI OUI)** Précisez : 196a_____
196b_____
196c_____
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNE : NE LISEZ PAS LES QUESTIONS 197, 198 ET G4

197. Indiquez pour chacune des personnes de 15 ans et plus du foyer si elle a fourni des réponses pour elle-même à la majorité des questions :
1 = oui
2 = non

198. Y a-t-il au QRI des réponses pour chacune des personnes du foyer?
1 = oui
2 = non

198a. Si non, pourquoi? INSCRIVEZ LA RAISON _____

G4. À ce moment-ci, est-ce Prénom a refusé le QAA ?
1 = oui
2 = non

G4a. Si oui, pourquoi? INSCRIVEZ LA RAISON _____

F-8

Annexe 3
Questionnaire autoadministré (QAA)
Questionnaire papier rempli par le répondant

Le présent questionnaire doit être rempli par : _____

No de dossier | | | |

No de l'intervieweur | | | |

ADM __ LA 1

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE ET LA SANTÉ 1998

Merci de votre collaboration essentielle à la réussite de cette étude menée par Santé Québec, le Centre d'enquêtes sociales et de santé du Québec, en collaboration avec la firme de sondage Léger & Léger inc.

Répondez à toutes les questions qui vous concernent.

Si vous avez de la difficulté à comprendre les questions;
Si vous avez besoin de quelqu'un pour vous aider à remplir votre questionnaire;
Si vous désirez plus d'information sur cette étude,

Vous pouvez communiquer avec Léger & Léger au numéro **(514) 982-2464.**
Nous acceptons les appels à frais virés.

RÉPONDRE PENDANT QUE L'INTERVIEWEUR ATTEND SERAIT PRÉFÉRABLE. CE QUESTIONNAIRE SERA TRAITÉ DE FAÇON CONFIDENTIELLE : ASSUREZ-VOUS DE BIEN CACHETER L'ENVELOPPE PRÉ-AFFRANCHIE AVANT DE LA REMETTRE À L'INTERVIEWEUR OU DE LA POSTER À LÉGER & LÉGER INC.

SANTÉ QUÉBEC
1200, avenue McGill College
Bureau 1620
Montréal (Québec)
H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749

Date de réception par le bureau

_ _ / _ _ / _ _

GROUPE LÉGER & LÉGER INC.
507, Place d'Armes
Bureau 700
Montréal (Québec)
H2Y 2W8
Téléphone : (514) 982-2464

ESSS8/QAA.1
Janvier 1998

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

La plupart des questions auxquelles nous vous demandons de répondre ont plusieurs choix de réponse possibles. Choisissez celle qui vous convient le mieux. Répondez au meilleur de votre connaissance. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indication contraire.

Voici quelques exemples sur la façon de répondre :

EXEMPLE A : ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

excellente? 1
très bonne? 2
bonne? ..... (3)
moyenne? 4
mauvaise? 5

	Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	ASSEZ SOUVENT	TRÈS SOUVENT
98.	Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	(2)	3	4

EXEMPLE B : ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

22. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

Âge : 18 ans

EXEMPLE C : ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE ET ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ ET POURSUIVEZ EN PASSANT À LA QUESTION INDIQUÉE.

171. Avez-vous des enfants (biologique/s ou adopté/s), âgés de moins de 18 ans?

Oui ..... (1)→Combien? 2 → passez à la question 172
Non ..... 2→passez à la question 181

EXEMPLE D : ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE ET ÉCRIVEZ LA PRÉCISION DEMANDÉE.

224. Où votre mère est-elle née?

Au Québec 1
Autre province du Canada ... (2)→Précisez la province ALBERTA
À l'extérieur du Canada .... 3→Précisez le pays _____

I - VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

excellente? 1
très bonne? 2
bonne? 3
moyenne? 4
mauvaise? 5

II- VOTRE POIDS

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

2. Quelle est votre grandeur?

_____ pieds _____ pouces [1] ou _____ centimètres [2]

3. Quel est votre poids?

_____ livres [1] ou _____ kilogrammes [2]

4. Désirez-vous changer de poids?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui ..... 1 → passez à la question 5
Non ..... 2 → passez à la question 8

5. (SI OUI) Combien aimeriez-vous peser?

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

_____ livres [1] ou _____ kilogrammes [2]

6. Pourquoi désirez-vous changer de poids?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS

a) Pour être en meilleure santé

Oui 1
Non 2

b) Pour traiter mon problème d'hypertension

Oui 1
Non 2

c) Pour traiter mon problème de cholestérol

Oui 1
Non 2

d) Pour traiter mon problème de diabète

Oui 1
Non 2

e) Pour améliorer mon apparence

Oui 1
Non 2

f) Pour une autre raison

Oui 1
➤ Précisez _____
Non 2

7. Essayez-vous présentement de perdre du poids?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui 1
Non 2

III - LES HABITUDES ALIMENTAIRES

Les questions suivantes se rapportent à vos habitudes alimentaires.

8. Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général...

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

excellentes? 1
très bonnes? 2
bonnes? 3
moyennes? 4
mauvaises? 5

9. Au cours des 7 derniers jours, incluant les déjeuners, dîners et soupers, avez-vous mangé :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE ET ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

a) un repas acheté congelé?

Oui . . . . . 1→Combien de fois?_____
Non 2

b) un repas livré à la maison ou à emporter chez soi, comme des mets chinois, de la pizza ou du poulet Bar-B-Q?

Oui . . . . . 1→Combien de fois?_____
Non 2

c) un repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte, excluant les repas apportés de la maison?

Oui . . . . . 1→Combien de fois?_____
Non 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

10. Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec votre conjoint(e) ou d'autres personnes de 15 ans et plus?

Oui 1
Non 2

11. Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec des enfants de moins de 15 ans?

Oui 1
Non 2

IV - ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les questions suivantes portant sur l'activité physique que vous pratiquez durant vos temps libres.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

12. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 3 derniers mois?

Aucune fois 1
Environ 1 fois par mois 2
Environ 2 à 3 fois par mois 3
Environ 1 fois par semaine 4
Environ 2 fois par semaine 5
Environ 3 fois par semaine 6
4 fois ou plus par semaine 7

13. Avez-vous l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année?

Certainement 1
Probablement oui 2
Ni oui, ni non 3
Probablement non 4
Certainement pas 5

14. Face à la pratique régulière d'activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année, votre attitude est ...

très favorable? 1
assez favorable? 2
ni l'un, ni l'autre? 3
assez défavorable? 4
très défavorable? 5

15. Pour vous, pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année serait...

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

très facile? 1
assez facile? 2
ni facile, ni difficile? 3
assez difficile? 4
très difficile? 5

16. Laquelle des cinq phrases ci-dessous décrit le mieux votre situation actuelle?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je ne fais pas d'activité physique et je ne pense pas commencer à en faire au cours des 6 prochains mois 1

Je ne fais pas d'activité physique mais je pense commencer à en faire au cours des 6 prochains mois 2

Je fais un peu d'activité physique mais pas sur une base régulière 3

Je fais régulièrement de l'activité physique mais j'ai commencé cette pratique seulement au cours des 6 derniers mois 4

Je fais régulièrement de l'activité physique et cela depuis plus de 6 mois 5

17. Indiquez le nombre approximatif de fois que vous avez pratiqué chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHAQUE ACTIVITÉ

	AUCUNE FOIS	1 À 4 FOIS	5 À 9 FOIS	10 À 14 FOIS	15 FOIS ET PLUS
Marche pour fins d'exercice	1	2	3	4	5
Marche comme moyen de transport	1	2	3	4	5
Jardinage	1	2	3	4	5
Danse (disco, sociale ou autre)	1	2	3	4	5
Conditionnement physique en groupe (aérobie, workout, step, aqua-aérobie, etc.)	1	2	3	4	5
Conditionnement physique individuel (en salle d'entraînement)	1	2	3	4	5
Jogging ou course à pied	1	2	3	4	5
Golf	1	2	3	4	5
Quilles	1	2	3	4	5
Natation (cours, entraînement ou faire «des longueurs»)	1	2	3	4	5
Baignade	1	2	3	4	5
Curling	1	2	3	4	5
Ski de randonnée (ski de fond)	1	2	3	4	5
Ski alpin ou Télémark (excluant Surf des neiges)	1	2	3	4	5
Surf des neiges («planche à neige»)	1	2	3	4	5
Raquette sur neige	1	2	3	4	5
Vélo de montagne (en sentier)	1	2	3	4	5
Randonnée à vélo	1	2	3	4	5
Vélo comme moyen de transport	1	2	3	4	5
Ski nautique	1	2	3	4	5
Canot ou chaloupe à rames	1	2	3	4	5
Kayak	1	2	3	4	5

18. Indiquez le nombre approximatif de fois que vous avez pratiqué chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHAQUE ACTIVITÉ

	AUCUNE FOIS	1 À 4 FOIS	5 À 9 FOIS	10 À 14 FOIS	15 FOIS ET PLUS
Voile	1	2	3	4	5
Planche à voile	1	2	3	4	5
Hockey	1	2	3	4	5
Patinage libre sur glace	1	2	3	4	5
Motoneige	1	2	3	4	5
Baseball	1	2	3	4	5
Soccer	1	2	3	4	5
Softball	1	2	3	4	5
Tennis	1	2	3	4	5
Volleyball	1	2	3	4	5
Basketball (ballon panier)	1	2	3	4	5
Badminton	1	2	3	4	5
Racquetball ou squash	1	2	3	4	5
Escalade (glace et rocher)	1	2	3	4	5
Escalade (murs)	1	2	3	4	5
Judo	1	2	3	4	5
Karaté, Taekwondo ou autres activités semblables	1	2	3	4	5
Patins à roulettes alignées (ou autres) durant vos temps libres	1	2	3	4	5
Patins à roulettes alignées (ou autres) comme moyen de transport	1	2	3	4	5
Tennis sur table (ping-pong)	1	2	3	4	5
Bicyclette stationnaire	1	2	3	4	5

La question suivante porte sur l'activité physique reliée à votre travail ou à votre activité principale, incluant le travail qui consiste à «tenir maison».

19. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites ou l'activité principale que vous exercez habituellement?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent 1

Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent 2

Je lève ou transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter des escaliers ou des pentes 3

Je travaille dur ou transporte des charges très lourdes 4

V - LE TABAC

Passons maintenant aux questions sur la cigarette ou l'usage du tabac.

20. Présentement fumez-vous la cigarette?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui régulièrement . . . . . 1 → passez à la question 21
Oui à l'occasion . . . . . 2 → passez à la question 21
Non . . . . . 3 → passez à la question 25

21. Fumez-vous la cigarette tous les jours?

Oui . . . . . 1 → passez à la question 22
Non . . . . . 2 → passez à la question 25

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

22. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

Âge : _____ ans

23. Actuellement, environ combien de cigarettes fumez-vous par jour?

Nombre de cigarettes_____

24. Généralement, fumez-vous des cigarettes à bout filtre?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui 1
Non . . . . . 2 → passez à la question 29

➥ **SI VOUS NE FUMEZ PAS LA CIGARETTE TOUS LES JOURS**

25. Comment décrivez-vous votre expérience de la cigarette :

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je n'ai jamais fumé de cigarettes . . . . . 1 → passez à la question 29
J'ai déjà fumé la cigarette à l'occasion . . . 2 → passez à la question 29
J'ai déjà fumé la cigarette tous les jours . . 3 → passez à la question 26

➥ **SI VOUS AVEZ DÉJÀ FUMÉ LA CIGARETTE TOUS LES JOURS**

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

26. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

Âge : _____ans

27. À quel âge avez-vous cessé de fumer la cigarette tous les jours?

Âge : _____ans

28. Environ combien de cigarettes fumiez-vous habituellement par jour?

Nombre de cigarettes _____

➥ **LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT À TOUS**

29. À quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de cigarette...

(NOTE POUR LES FUMEURS : NE PAS INCLURE LA FUMÉE DE VOTRE PROPRE CIGARETTE; INCLURE SEULEMENT LA FUMÉE DES AUTRES FUMEURS DE CIGARETTE).

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS

	CHAQUE JOUR	PRESQUE CHAQUE JOUR	ENVIRON 1 FOIS SEMAINE	ENVIRON 1 FOIS PAR MOIS	MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS	JAMAIS	NE S'APPLIQUE PAS
a) à la maison?	1	2	3	4	5	6	X
b) à votre lieu d'activité principale (travail, études,...)? **Note : Si votre lieu d'activité principale est la maison, encerclez le «7»**	1	2	3	4	5	6	7
c) tout autre lieu (arénas, clubs, restaurants, magasins,...)	1	2	3	4	5	6	X

30. Présentement fumez-vous la pipe?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui, tous les jours 1
Oui, à l'occasion 2
Non 3

31. Présentement fumez-vous le cigare?

Oui, tous les jours 1
Oui, à l'occasion 2
Non 3

32. Présentement faites-vous usage de tabac à priser ou à chiquer?

Oui, tous les jours 1
Oui, à l'occasion 2
Non 3

VI - L'ALCOOL

Les questions qui suivent portent sur la consommation d'alcool.

ATTENTION : la bière 0,5 % n'est pas considérée comme de l'alcool.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

33. Avez-vous **déjà** consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

Oui . . . . . 1→passez à la question 34
Non . . . . . 2→passez à la question 44

34. (SI OUI) **Ces 12 derniers mois,** avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

Oui . . . . . 1→passez à la question 36
Non . . . . . 2→passez à la question 35

35. (SI NON) Si vous avez déjà bu, mais n'avez pas bu au cours de la dernière année, à quel âge avez-vous cessé de boire?

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

Âge : _____ans → passez à la question 44

36. **Au cours des 12 derniers mois,** quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

En avez-vous bu...

chaque jour? 1
de 4 à 6 fois par semaine? 2
de 2 à 3 fois par semaine? 3
une fois par semaine? 4
une ou deux fois par mois? 5
moins d'une fois par mois? 6

La table suivante peut vous aider à répondre aux prochaines questions:

1 consommation =	2 consommations =
• 1 petite bouteille de bière (sauf .5) (12 onces ou 360 ml)	• 1 grosse bouteille de bière (environ 25 onces ou 750 ml)
• 1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml)	• 1 verre double de boisson forte
• 1 petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (1-1½ once avec ou sans mélange)	• 1 coup accompagné d'une bière («beer chaser»)

Attention : la bière 0,5 % n'est pas considérée comme de l'alcool.

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

37. **Au cours des 12 derniers mois,** combien de fois avez-vous pris CINQ consommations ou plus dans une même occasion?

_____fois

38. **Au cours des 12 derniers mois,** combien de fois avez-vous pris HUIT consommations ou plus dans une même occasion?

_____fois

39. **Au cours des 12 derniers mois,** quel est le plus grand nombre de consommations vous souvenez-vous avoir prises à une même occasion?

_____consommations

40. **Au cours des 12 derniers mois,** combien de fois vous êtes-vous enivré(e) (bu avec excès, «paqueté(e)», soûlé(e), pris une «brosse»)?

_____fois

41. De façon générale, combien de consommations prenez-vous en moyenne par semaine?

_____consommations

42. Avez-vous consommé de l'alcool **au cours des 7 derniers jours?**

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

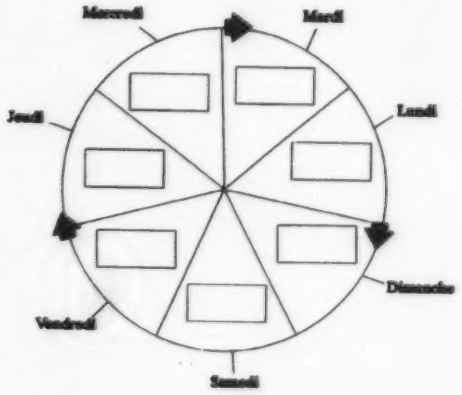
Oui . . . . . 1→passez à la question 43
Non . . . . . 2→passez à la question 44

43. Si vous avez consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours, inscrivez dans les cases le nombre de consommations que vous avez prises pour chacun des 7 derniers jours. Commencez par la journée d'hier.

Exemple :

- si vous remplissez ce questionnaire un **samedi**, vous commencez par **vendredi** et vous continuez ainsi en suivant le sens des flèches;
- vous inscrivez le nombre de consommations dans les cases (si cinq consommations, inscrivez 5; si douze consommations, inscrivez 12; les jours où vous n'avez pas bu d'alcool, inscrivez 0).

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ DANS CHACUNE DES CASES



VII - LES DROGUES

Les questions suivantes portent sur la consommation de drogues.

44. Nous aimerions savoir s'il vous est arrivé de prendre de la drogue **sans prescription ou sans ordonnance**, AU COURS DE VOTRE VIE?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui ..... 1→passez à la question 45
Non ..... 2→passez à la question 46

45. (SI OUI) **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris une des drogues suivantes sans prescription ou sans ordonnance ?**

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS

a) Marijuana (hachisch, pot, grass)

Oui 1
Non 2

b) Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy

Oui 1
Non 2

c) Cocaïne, crack, free base

Oui 1
Non 2

d) Héroïne (smack), morphine

Oui 1
Non 2

e) LSD (acide), mescaline

Oui 1
Non 2

46. **Au cours des 12 derniers mois,** avez-vous pris des tranquillisants ou des somnifères (*par exemple,* Valium, Librium, Halcion, Xanax, Ativan, ...) **sans prescription ou sans ordonnance?**

Oui 1
Non 2

47. **Au cours des 12 derniers mois,** avez-vous pris d'autre(s) drogue(s) ou d'autre(s) médicament(s) **sans prescription ou sans ordonnance?**

Oui 1
→ **Précisez** _____
Non 2

VIII - LE TRAVAIL

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

48. Occupez-vous présentement un emploi **rémunéré** (à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé de maladie incluant les accidents du travail, en grève ou en lock-out)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 49
Non . . . . . 2→passez à la page 32

49. Actuellement, ...

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUNE DES SOUS-QUESTIONS

a) travaillez-vous à votre compte (ex. travailleur autonome, consultant, pigiste, sous-traitant)?

Oui 1
Non 2

b) travaillez-vous pour un seul employeur?

Oui 1
Non 2

c) travaillez-vous pour plus d'un employeur?

Oui 1
Non 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

50. Quelle est la taille de l'entreprise ou de l'organisation pour laquelle vous travaillez? Ne considérez que l'établissement (le lieu physique, l'endroit) auquel vous êtes rattaché(e). (Référez-vous à votre emploi principal.)

1 à 20 employé(e)s 1
21 à 50 employé(e)s 2
51 à 100 employé(e)s 3
101 à 500 employé(e)s 4
501 employé(e)s et plus 5

51. Actuellement, votre emploi principal est-il ...

un emploi permanent (à temps plein ou à temps partiel)? 1
un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)? 2
un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)? 3
un autre type d'emploi? 4
▶ Précisez_____

52. Êtes-vous syndiqué(e)? (Référez-vous à votre emploi principal.)

Oui 1
Non 2

Pour chacune des questions 53 à 70, indiquez si vous êtes «fortement en désaccord», «en désaccord», «d'accord» ou «fortement d'accord». Répondez en vous reportant à votre emploi principal.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	FORTEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	D'ACCORD	FORTEMENT D'ACCORD
53. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles	1	2	3	4
54. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications	1	2	3	4
55. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	1	2	3	4
56. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	1	2	3	4
57. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	1	2	3	4
58. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	1	2	3	4
59. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	1	2	3	4
60. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	1	2	3	4
61. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	1	2	3	4
62. Mon travail exige d'aller très vite	1	2	3	4
63. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	1	2	3	4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	FORTEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	D'ACCORD	FORTEMENT D'ACCORD
64. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	1	2	3	4
65. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	1	2	3	4
66. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	1	2	3	4
67. Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	1	2	3	4
68. Mon travail est très mouvementé	1	2	3	4
69. Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	1	2	3	4
70. Mon travail exige de travailler très fort	1	2	3	4

71. Si votre travail vous amène à être en contact direct avec le public (patients, bénéficiaires, voyageurs, clients, étudiants,...), vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec ce public?

Sans contact avec le public 1
Jamais 2
Rarement 3
De temps en temps 4
Souvent 5
Très souvent 6

Les questions suivantes s'adressent À TOUTES LES PERSONNES QUI TRAVAILLENT.

Dans le cadre de votre(vos) emploi(s) actuel(s), êtes-vous exposé(e) à l'une ou l'autre des situations suivantes :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	ASSEZ SOUVENT	TOUT LE TEMPS
72. Horaire de travail irrégulier ou imprévisible	1	2	3	4
73. Horaire de travail de nuit	1	2	3	4
74. Travail répétitif des mains et des bras (travail à la chaîne, rythme imposé par une machine, cadence élevée,...)	1	2	3	4
75. Rémunération au rendement (à la pièce), à la commission ou au bonus	1	2	3	4
76. Manipulation de charges lourdes (soulever, porter, transporter des personnes ou des charges comme des caisses, des meubles,...)	1	2	3	4
77. Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	1	2	3	4
78. Vibrations provenant d'outils à mains (vibrations des mains ou des bras)	1	2	3	4
79. Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)	1	2	3	4
80. Bruit intense (difficile d'avoir une conversation à quelques pieds de distance, même en criant)	1	2	3	4
81. Poussières de farine	1	2	3	4
82. Poussières de bois	1	2	3	4
83. Fumées de soudage	1	2	3	4
84. Solvants (dégraisseurs, peintures à l'huile, vernis, colles, varsol, térébenthine, ...)	1	2	3	4
85. Pesticides (produits chimiques pour se débarrasser des mauvaises herbes, des insectes, des rats et des souris,...)	1	2	3	4

86. Au cours des 12 derniers mois, au travail,

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

avez-vous...	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	SOUVENT	TRÈS SOUVENT
a) subi de la violence physique?	1	2	3	4
b) subi de l'intimidation?	1	2	3	4
c) été l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés?	1	2	3	4

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

87. Habituellement, au cours d'une journée de travail régulière, travaillez-vous...

surtout debout? . . . . . 1→passez à la question 88
surtout assis(e)? . . . . . 2→passez à la question 89

88. Si vous travaillez surtout debout, laquelle de ces postures s'applique à votre travail le plus souvent?

Posture debout fixe sans possibilité de me déplacer 1
Posture debout en piétinant avec possibilité de faire un pas ou deux 2
Posture debout avec de courts déplacements (par exemple, d'une machine ou d'un pupitre à un autre) 3
Posture debout avec des déplacements plus longs (par exemple, d'un département ou d'un édifice à un autre) 4
Posture debout avec possibilité de m'asseoir à volonté 5

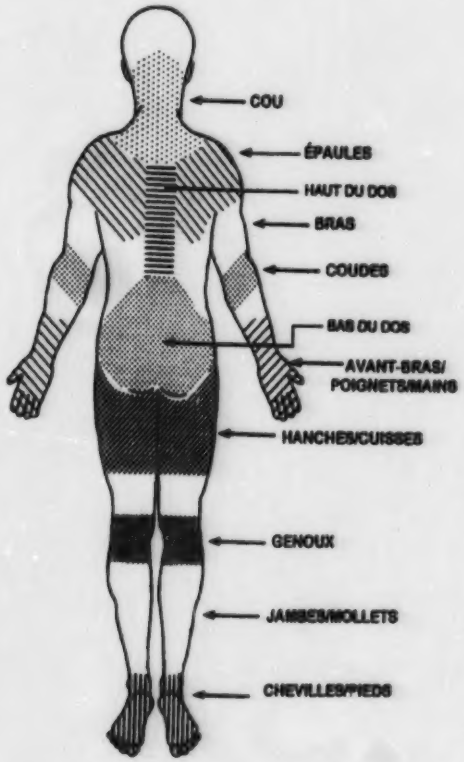
→ passez à la question 90

89. Si vous travaillez surtout assis(e), laquelle de ces postures s'applique à votre travail le plus souvent?

Posture assise fixe sans possibilité de me déplacer 1
Posture assise avec possibilité de me lever occasionnellement 2
Posture assise avec possibilité de me lever à volonté 3

Les questions 90 à 97 concernent **UNIQUEMENT les problèmes des muscles, des tendons, des os ou des articulations**, qu'ils soient reliés au travail ou non. Pour vous aider à répondre à ces questions, consultez le schéma ci-dessous.

SCHÉMA DES PARTIES DU CORPS



90. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti des douleurs importantes à l'une ou l'autre des parties du corps suivantes qui vous ont dérangé(e) dans vos activités?**

CONSULTEZ LE SCHÉMA DE LA PAGE 26

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHACUNE DES PARTIES DU CORPS ÉNUMÉRÉES

	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	ASSEZ SOUVENT	TOUT LE TEMPS
a) Cou	1	2	3	4
b) Épaules	1	2	3	4
c) Bras	1	2	3	4
d) Coudes	1	2	3	4
e) Avant-bras, poignets ou mains	1	2	3	4
f) Haut du dos	1	2	3	4
g) Bas du dos	1	2	3	4
h) Hanches ou cuisses	1	2	3	4
i) Genoux	1	2	3	4
j) Jambes, mollets	1	2	3	4
k) Chevilles ou pieds	1	2	3	4

SI VOUS AVEZ EU DE LA DOULEUR À AU MOINS UNE PARTIE DU CORPS IDENTIFIÉE À LA QUESTION 90, RÉPONDEZ À LA QUESTION 91. SI VOUS N'AVEZ PAS EU DE DOULEUR À AUCUNE DE CES PARTIES, PASSEZ À LA PAGE 32.

91. Consultez le schéma et identifiez la partie du corps où vous avez ressenti la douleur qui vous a **le plus dérangé(e)** dans vos activités au cours des **12 derniers mois**?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Cou 01
Épaules 02
Bras 03
Coudes 04
Avant-bras, poignets ou mains 05
Haut du dos 06
Bas du dos 07
Hanches ou cuisses 08
Genoux 09
Jambes, mollets 10
Chevilles ou pieds 11

LES QUESTIONS 92 À 95 CONCERNENT LA PARTIE DU CORPS QUE VOUS VENEZ D'IDENTIFIER À LA QUESTION 91.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

92. Quand avez-vous remarqué la douleur pour la première fois? Il y a...

moins de 3 mois? 1
de 3 mois à moins de 6 mois? 2
de 6 mois à moins de 1 an? 3
de 1 an à moins de 2 ans? 4
2 ans et plus? 5

93. **Au cours des 12 derniers mois**, durant combien de temps, au total, avez-vous dû vous absenter du travail à cause de cette douleur?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Aucun arrêt du travail	1
Moins de 3 semaines	2
De 3 semaines à moins de 3 mois	3
De 3 mois à moins de 6 mois	4
Durant 6 mois et plus	5

94. Croyez-vous que cette douleur soit reliée à votre travail?

Oui, reliée entièrement au travail	1
Oui, reliée en partie au travail	2
Non reliée au travail	3
Je ne sais pas si elle est reliée à mon travail	8

95. **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous...

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUNE DES SOUS-QUESTIONS

a) cessé de travailler complètement à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

b) cessé de travailler temporairement (ex. congé de maladie, accident du travail, etc.) à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

c) changé d'employeur à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

d) changé d'emploi dans la même entreprise à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

e) changé de tâche ou de façon de travailler dans votre emploi régulier à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

f) modifié votre poste de travail (chaise, table, outil...) à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

g) réduit vos heures de travail à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
Non . . . 2

h) vécu d'autres changements au travail à cause de cette douleur?

Oui . . . 1
→ Précisez _____
Non . . . 2

96. **Au cours des 7 dernières jours, avez-vous ressenti des douleurs à l'une ou l'autre des parties du corps indiquées sur le schéma de la page 26?**

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui ..... 1→passez à la question 97
Non ..... 2→passez à la page 32

97. **Indiquez pour chacune des parties du corps où vous avez ressenti de la douleur au cours des 7 dernière jours, si vous croyez que cette douleur était reliée ou non à votre travail.**

Pour les parties du corps où vous n'avez ressenti aucune douleur, encerclez le «1».

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHACUNE DES PARTIES DU CORPS ÉNUMÉRÉES

	AUCUNE DOULEUR AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS	OUI, RELIÉE ENTIÈREMENT AU TRAVAIL	OUI, RELIÉE EN PARTIE AU TRAVAIL	NON RELIÉE AU TRAVAIL	JE NE SAIS PAS SI RELIÉE AU TRAVAIL
a) Cou	1	2	3	4	8
b) Épaules	1	2	3	4	8
c) Bras	1	2	3	4	8
d) Coudes	1	2	3	4	8
e) Avant-bras, poignets ou mains	1	2	3	4	8
f) Haut du dos	1	2	3	4	8
g) Bas du dos	1	2	3	4	8
h) Hanches ou cuisses	1	2	3	4	8
i) Genoux	1	2	3	4	8
j) Jambes, mollets	1	2	3	4	8
k) Chevilles ou pieds	1	2	3	4	8

IX - DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	ASSEZ SOUVENT	TRÈS SOUVENT
98. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
99. Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
100. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
101. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les «bleus»?	1	2	3	4
102. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
103. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
104. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
105. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
106. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
107. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
108. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
109. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
110. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
111. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4

SI VOUS AVEZ ENCERCLÉ LE «1» POUR «JAMAIS» À CHACUNE DES QUESTIONS 98 À 111, PASSEZ À LA PAGE 34; SINON, RÉPONDEZ À LA QUESTION 112.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

112. Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations?

Les deux dernières semaines 1
Le dernier mois 2
→passez à la page 34

Les six derniers mois 3
La dernière année 4
Plus d'un an 5
→passez à la question 113

113. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale?

Oui 1
Non 2

114. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études?

Oui 1
Non 2

115. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres)?

Oui 1
Non 2

116. Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations?

Oui 1
Non 2

Les énoncés suivants portent sur des problèmes que vous pouvez avoir vécus AU COURS DU DERNIER MOIS.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Dites-nous à quelle fréquence ils vous ont affecté(e) AU COURS DU DERNIER MOIS :	JAMAIS	RAREMENT	LA MOITIÉ DU TEMPS	FRÉQUEMMENT	PRESQUE TOUJOURS
117. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie	1	2	3	4	5
118. J'ai manqué de confiance en moi	1	2	3	4	5
119. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes	1	2	3	4	5
120. Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e)	1	2	3	4	5
121. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait	1	2	3	4	5
122. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde	1	2	3	4	5
123. J'ai eu le sentiment d'être inutile	1	2	3	4	5
124. J'ai été arrogant(e) et même «bête» avec le monde	1	2	3	4	5
125. J'ai été facilement irritable, j'ai réagi plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on m'a faits	1	2	3	4	5
126. J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien	1	2	3	4	5
127. J'ai perdu patience	1	2	3	4	5
128. J'ai été en conflit avec mon entourage	1	2	3	4	5
129. Je me suis senti(e) triste	1	2	3	4	5
130. Je me suis senti(e) déprimé(e) ou «down»	1	2	3	4	5
131. Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se)	1	2	3	4	5
132. Je me suis senti(e) mal dans ma peau	1	2	3	4	5

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Dites-nous à quelle fréquence ils vous ont affecté(e) AU COURS DU DERNIER MOIS :	JAMAIS	RAREMENT	LA MOITIÉ DU TEMPS	PRÉQUEMMENT	PRESQUE TOUJOURS
133. Je me suis senti(e) stressé(e), sous pression	1	2	3	4	5
134. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceur(se)	1	2	3	4	5
135. Je me suis senti(e) désintéressé(e) par les choses qui habituellement m'intéressent	1	2	3	4	5
136. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit	1	2	3	4	5
137. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	1	2	3	4	5
138. J'ai eu tendance à être moins réceptif(ve) aux idées ou aux opinions des autres	1	2	3	4	5
139. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit	1	2	3	4	5

140. Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général...

excellente? 1
très bonne? 2
bonne? 3
moyenne? 4
mauvaise? 5

X - LE SUICIDE

Les questions qui suivent abordent un sujet délicat, le suicide.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

141. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ?

Oui ..... 1→passez à la question 142
Non ..... 2→passez à la question 146

142. (SI OUI) Si vous avez SÉRIEUSEMENT pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire?

Oui ..... 1→passez à la question 143
Non ..... 2→passez à la question 144

143. Veuillez identifier ce ou ces moyens :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHACUN DES MOYENS SUIVANTS

a) Médicaments (ex. surdose de somnifères, etc.)

Oui 1
Non 2

b) Drogues ou alcool

Oui 1
Non 2

c) Se couper les veines

Oui 1
Non 2

d) Pendaison

Oui 1
Non 2

e) Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone)

Oui 1
Non 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE POUR CHACUN DES MOYENS SUIVANTS

f) Seul

Oui 1
Non 2

g) Arme à feu

Oui 1
Non 2

h) Véhicule moteur

Oui 1
Non 2

i) Autre moyen

Oui 1
→ Précisez_____
Non 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

144. **Au cours des 12 dernier mois**, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

Oui . . . . . 1 ⇒ passez à la question 145
Non . . . . . 2 ⇒ passez à la question 146

145. (SI OUI) Avez-vous été conduit(e) ou vous êtes-vous présenté(e) à l'urgence suite à cette tentative de suicide?

Oui 1
Non 2

XI - VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

Les questions qui suivent portent sur les relations avec les gens qui vous entourent et sur la satisfaction face à votre vie.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

146. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos ami(e)s ou des connaissances?

Plus d'une fois par semaine 1
Une fois par semaine 2
Au moins une fois par mois 3
Environ 1 fois par année 4
Jamais 5

147. **Au cours des 2 (deux) derniers mois**, diriez-vous que vous avez passé votre temps libre...

presqu'entièrement seul(e)? 1
plus de la moitié du temps seul(e)? 2
à peu près la moitié du temps seul(e) et la moitié avec d'autres? 3
plus de la moitié du temps avec d'autres? 4
presqu'entièrement avec d'autres? 5

148. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

Très satisfaisante 1
Plutôt satisfaisante 2
Plutôt insatisfaisante 3
Très insatisfaisante 4

149. Avez-vous des ami(e)s?

Oui. . . . . 1⇒passez à la question 150
Non . . . . . 2⇒passez à la question 151

150. (SI OUI) En général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos ami(e)s?

Très satisfait(e) 1
Plutôt satisfait(e) 2
Plutôt insatisfait(e) 3
Très insatisfait(e) 4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

151. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

Oui. . . . . 1→passez à la question 152
Non . . . . . 2→passez à la question 153

152. S'il en est ainsi, combien de personnes?

Une 1
Deux 2
Trois 3
Quatre 4
Cinq et plus 5

153. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 154
Non . . . . . 2→passez à la question 155

154. S'il en est ainsi, combien de personnes?

Une 1
Deux 2
Trois 3
Quatre 4
Cinq et plus 5

155. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection?

Oui . . . . . 1→passez à la question 156
Non . . . . . 2→passez à la question 157

156. S'il en est ainsi, combien de personnes?

Une 1
Deux 2
Trois 3
Quatre 4
Cinq et plus 5

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

157. Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle....

très importante? 1
assez importante? 2
peu importante? 3
pas importante du tout? 4

158. Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé physique ou mentale ?

Oui, beaucoup 1
Oui, un peu 2
Non, pas du tout 3
Ne sais pas 8

159. Vivez-vous seul(e)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 160
Non . . . . . 2→passez à la question 161

160. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) de vivre seul(e)?

Très heureux(se) 1
Heureux(se) 2
Ni heureux(se) ni malheureux(se) 3
Malheureux(se) 4
Très malheureux(se) 5

161. Avez-vous un(e) conjoint(e), un «chum» ou une «blonde»?

Oui . . . . . 1→passez à la question 163
Non . . . . . 2→passez à la question 162

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

162. Diriez-vous qu'il vous est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible ou avec qui vous vous entendez très bien?

Oui 1
Non 2
Je ne cherche pas un conjoint(e), un «chum» ou une «blonde» 3

→passez à la page 42

163. **Si vous avez un(e) conjoint(e), un «chum» ou une «blonde»**, nous aimerions savoir si certaines situations qui surviennent parfois dans la vie d'un couple s'appliquent à vous **actuellement**. Répondez par «vrai» ou par «faux».

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS

a) Votre conjoint(e), «chum» ou «blonde» ne vous comprend pas

Vrai 1
Faux 2

b) Votre conjoint(e), «chum» ou «blonde» ne vous témoigne pas assez d'affection

Vrai 1
Faux 2

c) Votre conjoint(e), «chum» ou «blonde» n'est pas assez impliqué(e) dans votre relation

Vrai 1
Faux 2

LES QUESTIONS 164 À 170 NE S'ADRESSENT QU'AUX RÉPONDANTS DE 18 ANS ET PLUS.

SI VOUS AVEZ 15, 16 OU 17 ANS, PASSEZ À LA QUESTION 171.

Les questions qui suivent décrivent des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e).

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS

	Oui	Non
164. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital?	1	2
165. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que vos parents ont divorcé?	1	2
166. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?	1	2
167. Quand vous aviez moins de 18 ans, vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?	1	2
168. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?	1	2
169. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que votre père ou votre mère consommait de l'alcool ou de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?	1	2
170. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous été maltraité(e) physiquement par un proche?	1	2

XII - LA FAMILLE

171. Avez-vous un ou des enfants (biologique/s ou adopté/s), âgés de moins de 18 ans?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE ET ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

Oui . . . . . 1→Combien_____→passez à la question 172
Non . . . . . 2→passez à la question 181

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

172. (SI OUI) Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux?

Aucun problème 1
Presque pas de problèmes 2
Des problèmes occasionnels 3
Des problèmes fréquents 4
Des problèmes constants 5

173. Habitez-vous avec l'un ou plusieurs de ces enfants de moins de 18 ans?

Oui 1
Non 2

174. Êtes-vous divorcé(e) ou séparé(e) de l'autre parent de l'un de vos enfants de moins de 18 ans?

Oui . . . . . 1→passez à la question 175
Non . . . . . 2→passez à la question 181

175. (SI OUI) Depuis combien de temps ? (Si vos enfants n'ont pas le même père ou la même mère, répondez à cette question en pensant à votre dernière séparation ou à votre dernier divorce.)

Depuis moins d'un mois 1
Depuis un mois ou plus mais moins d'un an 2
Depuis un an ou plus 3
→ Précisez le nombre d'années_____

La prochaine question concerne la garde de tous vos enfants de moins de 18 ans.

176. Actuellement, quelle est la situation la plus proche de la vôtre concernant la garde de vos enfants de moins de 18 ans?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je ne vois jamais mon (mes) enfant(s) 1
Je n'habite pas avec mon (mes) enfant(s), mais j'ai un droit de visite et/ou un droit de sortie prolongée 2
J'ai la garde partagée de mon(mes) enfant(s) 3
J'ai la garde exclusive de mon(mes) enfant(s) 4
Ma situation est une combinaison des précédentes 5
Autres 6

Les questions 177 à 180 concernent vos relations avec votre ex-conjoint(e). (Si vos enfants n'ont pas le même père ou la même mère, répondez en pensant à votre dernière séparation ou à votre dernier divorce).

177. Comment décririez-vous le climat qui a entouré la séparation entre vous et l'autre parent de votre (vos) enfant(s) ?

Bon 1
Assez bon 2
Mauvais 3
Très mauvais 4

178. Avez-vous encore des contacts avec l'autre parent de votre (vos) enfant(s)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 179
Non . . . . . 2→passez à la question 180
Ne s'applique pas, cet(cette) ex-conjoint(e) est décédé(e) . . . . 7→passez à la question 181

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

179. (SI OUI) Comment décririez-vous le climat actuel entre vous et l'autre parent de votre (vos) enfant(s)?

Bon 1
Assez bon 2
Mauvais 3
Très mauvais 4

180. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de l'implication financière de l'autre parent de votre (vos) enfant(s)?

Très satisfait(e) 1
Plutôt satisfait(e) 2
Plutôt insatisfait(e) 3
Très insatisfait(e) 4

181. Élevez-vous un ou des enfant(s) de moins de 18 ans qui ne sont pas les vôtres?

Oui . . . . . 1→passez à la question 182

Non . . . . . 2→SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA QUESTION 184
→SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA QUESTION 194

182. (SI OUI) S'agit-il des enfants de votre conjoint(e) actuel(le)?

Oui 1
Non 2

183. Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux?

Aucun problème 1
Presque pas de problèmes 2
Des problèmes occasionnels 3
Des problèmes fréquents 4
Des problèmes constants 5

XIII - LA SANTÉ DES FEMMES

LES QUESTIONS 184 À 193 NE S'ADRESSENT QU'AUX FEMMES.

LES HOMMES DOIVENT PASSER À LA QUESTION 194.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

184. Êtes-vous enceinte actuellement?

Oui 1
Non 2
Ne sais pas 8

185. Quand avez-vous eu un prélèvement vaginal ("Pap Test") la dernière fois?

Il y a moins de 12 mois 1
Il y a 1 à 2 ans 2
Il y a plus de 2 ans 3
Jamais 4
Ne sais pas 8

186. Quand avez-vous eu la dernière fois un examen des seins fait par un médecin ou une infirmière?

Il y a moins de 12 mois 1
Il y a 1 à 2 ans 2
Il y a plus de 2 ans 3
Jamais 4
Ne sais pas 8

187. Examinez-vous vous-même vos seins pour y découvrir des tumeurs ou des kystes (des bosses)?

Au moins une fois par mois 1
Une fois tous les 2 ou 3 mois 2
Moins souvent que cela 3
Jamais 4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

188. Avez-vous déjà eu une mammographie (radiographie des seins)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 189
Non . . . . . 2→passez à la question 190

189. (SI OUI) Quand la dernière fois?

Il y a moins de 12 mois 1
Il y a 1 à 2 ans 2
Il y a plus de 2 ans 3
Ne sais pas 8

190. Prenez-vous des pilules contraceptives (pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison)?

Oui 1
Non 2

191. Prenez-vous des hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause (retour d'âge)?

Oui 1
Non 2

192. Prenez-vous des hormones pour une autre raison?

Oui 1
→ Précisez la raison _____
Non 2

193. Traversez-vous présentement votre ménopause, ou êtes-vous déjà ménopausée?

Oui 1
Non 2
Ne sais pas 8

XIV - LE SERVICE INFO-SANTÉ CLSC

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

194. Savez-vous s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans votre région?

Oui . . . . . 1→passez à la question 195
Non . . . . . 2→passez à la question 199

195. (SI OUI) Avez-vous déjà obtenu un conseil ou une information en appelant à Info-Santé?

Oui . . . . . 1→passez à la question 196
Non . . . . . 2→passez à la question 199

196. (SI OUI) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé ce service?

Aucune fois 1
1 ou 2 fois 2
3 à 5 fois 3
6 à 10 fois 4
Plus de 10 fois 5

197. La dernière fois que vous avez composé le numéro d'Info-Santé, avez-vous pu parler à une infirmière?

Oui . . . . . 1→passez à la question 199
Non . . . . . 2→passez à la question 198

198. (SI NON) Qu'avez-vous fait pour obtenir l'information dont vous aviez besoin?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je me suis rendu(e) à l'urgence de l'hôpital 1

Je me suis rendu(e) au cabinet d'un médecin ou à une clinique médicale . . . 2

J'ai téléphoné à l'urgence de l'hôpital, à un médecin ou à une clinique médicale 3

Autre action que les précédentes (par exemple, j'ai téléphoné ou je me suis rendu(e) à un endroit autre que ceux mentionnés ci-dessus, j'ai cherché dans un livre, j'ai agi selon mes connaissances...) 4

Rien d'autre 5

XV - L'AUDITION

Nous voulons maintenant savoir s'il vous arrive d'entendre des sifflements ou des bourdonnements dans vos oreilles ou dans votre tête.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

199. Entendez-vous des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans vos oreilles ou dans votre tête pendant des périodes d'au moins 5 minutes?

Oui ..... 1→passez à la question 200
Non ..... 2→passez à la page 50

200. (SI OUI) À quelle fréquence entendez-vous ces bruits?

Rarement 1
Parfois 2
Souvent 3
Toujours 4

201. Est-ce que ces bruits vous dérangent?

Pas du tout 1
Un peu 2
Modérément 3
Beaucoup 4

202. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ces bruits?

Oui 1
Non 2

XVI - LA SEXUALITÉ

Les prochaines questions sont délicates et parfois très intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité.

203. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui ..... 1→passez à la question 204
Non ..... 2→passez à la page 54

204. Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce ...

toujours avec une personne de l'autre sexe? 1
toujours avec une personne du même sexe? 2
plus souvent avec une personne de l'autre sexe? 3
plus souvent avec une personne du même sexe? 4
aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? 5

205. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec pénétration?

Oui ..... 1→passez à la question 208
Non ..... 2→passez à la question 220

206. (SI OUI) À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle avec pénétration?

ÉCRIVEZ LE NOMBRE APPROPRIÉ

Âge : ___ ans

207. Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration?

Aucun(e) partenaire ..... 1→passez à la question 220
Un(e) partenaire ..... 2→passez à la question 208
Plus d'un(e) partenaire ... 3→Combien____→passez à la question 211

208. Ce (cette) partenaire était-il(elle) ...

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

un(e) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous viviez? 1

un(e) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous ne viviez pas? 2

un(e) partenaire occasionnel(le)? 3

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

209. Lors de la dernière relation sexuelle avec ce (cette) partenaire, avez-vous utilisé le condom?

Oui 1
Non 2

210. **Au cours des 12 derniers mois,** à quelle fréquence avez-vous utilisé le condom avec ce (cette) partenaire?

Jamais 1
Rarement 2
Occasionnellement 3
À peu près la moitié du temps 4
La plupart du temps 5
Toujours ou presque toujours 6
Je n'ai pas eu d'autres relations sexuelles avec ce partenaire 7

→passez à la question 220

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

211. **Si vous avez eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois,** l'un(e) de ces partenaires était-il(elle) un(e) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous viviez?

Oui . . . . . 1→passez à la question 212
Non . . . . . 2→passez à la question 214

212. (SI OUI) Lors de la dernière relation sexuelle avec le (la) dernier(ère) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous viviez, avez-vous utilisé le condom?

Oui 1
Non 2

213. **Au cours des 12 derniers mois,** à quelle fréquence avez-vous utilisé le condom avec ce (cette) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous viviez?

Jamais 1
Rarement 2
Occasionnellement 3
À peu près la moitié du temps 4
La plupart du temps 5
Toujours ou presque toujours 6
Je n'ai pas eu d'autres relations sexuelles avec ce partenaire 7

214. **Si vous avez eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois,** l'un(e) de ces partenaires était-il(elle) un(e) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous ne viviez pas?

Oui . . . . . 1→passez à la question 215
Non . . . . . 2→passez à la question 217

215. (SI OUI) Lors de la dernière relation sexuelle avec le(la) dernier(ère) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous ne viviez pas, avez-vous utilisé le condom?

Oui 1
Non 2

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

216. **Au cours des 12 derniers mois,** à quelle fréquence avez-vous utilisé le condom avec ce (cette) partenaire régulier(ère) avec lequel (laquelle) vous ne viviez pas?

Jamais 1
Rarement 2
Occasionnellement 3
À peu près la moitié du temps 4
La plupart du temps 5
Toujours ou presque toujours 6
Je n'ai pas eu d'autres relations sexuelles avec ce partenaire 7

217. **Si vous avez eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois,** l'un(e) de ces partenaires était-il(elle) un(e) partenaire occasionnel(le)?

Oui . . . . . 1→passez à la question 218
Non . . . . . 2→passez à la question 220

218. (SI OUI) Lors de la dernière relation sexuelle avec le (la) dernier(ère) partenaire occasionnel(le), avez-vous utilisé le condom?

Oui 1
Non 2

219. **Au cours des 12 derniers mois,** à quelle fréquence avez-vous utilisé le condom avec ce (cette) partenaire occasionnel(le)?

Jamais 1
Rarement 2
Occasionnellement 3
À peu près la moitié du temps 4
La plupart du temps 5
Toujours ou presque toujours 6
Je n'ai pas eu d'autres relations sexuelles avec ce partenaire 7

220. **Au cours des 12 derniers mois,** avez-vous été traité(e) pour une MTS (maladie transmise sexuellement) ?

Oui 1
Non 2

XVII - RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les quelques questions qui suivent permettront de comparer votre état de santé à celui d'autres personnes ayant des caractéristiques semblables aux vôtres.

221. Sexe

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Homme 1
Femme 2

222. Quelle est votre date de naissance?

EXEMPLE :
SI VOUS ÊTES NÉ(E)
LE 27 JANVIER 1949,
INSCRIVEZ :

2	7	0	1	1	9	4	9

INSCRIVEZ LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE

Jour Mois Année

(Si vous ne connaissez pas la date exacte, donnez une date approximative)

223. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?

Français 01
Anglais 02
Italien 03
Grec 04
Espagnol 05
Portugais 06
Chinois 07
Vietnamien 08
Arabe 09
Autre 96
→ Précisez _____

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE
ET ÉCRIVEZ LA PRÉCISION DEMANDÉE

224. Où votre mère est-elle née?

Au Québec 1
Autre province du Canada . . . . 2→Précisez la province_____
À l'extérieur du Canada . . . . . 3→Précisez le pays_____

225. Où votre père est-il né?

Au Québec 1
Autre province du Canada . . . . 2→Précisez la province_____
À l'extérieur du Canada . . . . . 3→Précisez le pays_____

226. Dites-nous le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle 00
Première année 01
Deuxième année 02
Troisième année 03
Quatrième année 04
Cinquième année 05
Sixième année 06
Septième année 07
Huitième année ou secondaire I 08
Neuvième année ou secondaire II 09
Dixième année ou secondaire III 10
Onzième année ou secondaire IV 11
Douzième année ou secondaire V 12
Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale . . 13
Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale 14
Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep 15
Études partielles à l'université 16
Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis 17
Baccalauréat(s) acquis 18
Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis 19
Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis 20
Maîtrise(s) acquise(s) 21
Doctorat(s) acquis 22

SI VOUS AVEZ ENCERCLÉ LE «12» POUR «DOUZIÈME ANNÉE OU SECONDAIRE V», RÉPONDEZ À LA QUESTION SUIVANTE; SINON, PASSEZ À LA QUESTION 228.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

227. Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires?

- Non 1
- Oui, un diplôme d'études secondaires générales 2
- Oui, un diplôme d'études secondaires professionnelles ... 3
- Oui, un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles 4

228. Quelle a été la principale religion de votre enfance ?

- Aucune 01
- Catholique romaine 02
- Église Unie 03
- Anglicane 04
- Grecque orthodoxe 05
- Juive 06
- Islamique 07
- Autre 96
  - Précisez _____

229. Quelle est votre appartenance religieuse actuelle?

- Aucune ..... .01
- Catholique romaine 02
- Église Unie 03
- Anglicane 04
- Grecque orthodoxe 05
- Juive 06
- Islamique 07
- Autre 96
  - Précisez _____

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

230. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté une église ou un lieu de culte...

- plus d'une fois par semaine? 1
- une fois par semaine? 2
- plus d'une fois par mois? 3
- plus d'une fois par an? 4
- ne fréquente jamais 5

Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par le programme d'assurance-maladie du Québec, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation.

231. Quel était approximativement votre revenu personnel total l'AN DERNIER avant déductions d'impôts?

- Aucun revenu personnel 00
- 1 $ - 999 $ 01
- 1 000 $ - 5 999 $ 02
- 6 000 $ - 11 999 $ 03
- 12 000 $ - 19 999 $ 04
- 20 000 $ - 29 999 $ 05
- 30 000 $ - 39 999 $ 06
- 40 000 $ - 49 999 $ 07
- 50 000 $ et plus 08

232. Êtes-vous propriétaire, locataire ou chambreur de la maison ou de l'appartement que vous habitez?

- Propriétaire 1
- Locataire 2
- Chambreur 3
- Quelqu'un du foyer est propriétaire ou locataire 4

233. Avez-vous des placements? (Obligations d'épargne, REÉR, certificats de dépôt, actions...)

- Oui 1
- Non 2

234. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

Je me considère à l'aise financièrement 1

Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille 2

Je me considère pauvre 3

Je me considère très pauvre 4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

235. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation?

Moins d'un an 1
Entre 1 et 4 ans 2
Entre 5 et 9 ans 3
10 ans et plus 4

236. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer?

Oui, dans un proche avenir 1
Oui, je ne sais pas quand mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer 2
Non, je ne crois pas que ça va changer 3
Non, je crois que ça va empirer 4

237. Vous considérez-vous financièrement plus à l'aise ou moins à l'aise que vos parents l'étaient à votre âge?

Plus à l'aise 1
Ni plus, ni moins à l'aise 2
Moins à l'aise 3

LES SERVICES DE SANTÉ

238. De façon générale, diriez-vous que vous êtes satisfait(e) des services de santé offerts dans votre région ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Très satisfait(e) 1
Assez satisfait(e) 2
Peu satisfait(e) 3
Pas du tout satisfait(e) 4

239. Santé Québec a l'intention de mener d'autres études importantes sur la santé. À cette fin, auriez-vous l'obligeance de nous fournir votre numéro d'assurance-maladie (carte soleil). Cela permettra de comprendre les diverses utilisations des services sociaux et de santé faites par la population au Québec. Seul Santé Québec sera autorisé à lier vos réponses données à la présente étude à votre utilisation des services de santé, pour une période allant jusqu'à un maximum de cinq (5) ans. L'information recueillie sera traitée de façon confidentielle et ne sera utilisée par aucun autre organisme. En outre, personne ne sera identifié au moment de la publication des résultats.

Mon numéro d'assurance-maladie du Québec (carte soleil) est :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

240. Combien de temps avez-vous pris pour remplir ce questionnaire?

_____ minutes

241. Date d'aujourd'hui ☐☐ Jour ☐☐ Mois 1 9☐☐ Année

Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous:

COMMENTAIRES

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR BIEN VOULU RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE ET NOUS VOUS RAPPELONS QUE TOUTE L'INFORMATION QUI Y EST INCLUSE DEMEURERA CONFIDENTIELLE.

Annexe 4
Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Les tableaux A et B présentent les marges d'erreur associées à différentes valeurs estimées de proportions correspondant elles-mêmes à des valeurs de population estimée (Pe '000). Chacun de ces tableaux permet d'obtenir des intervalles de confiance à 99 % pour des proportions. Le tableau A sert aux calculs d'intervalles concernant des mesures du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le tableau B à ceux associés à des mesures du questionnaire autoadministré (QAA). Ils peuvent aussi être utiles à tester de manière approximative l'égalité de deux proportions sur la base de deux intervalles de confiance. Ils doivent cependant être utilisés seulement pour les données provinciales de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. En outre, pour les mesures davantage liées aux ménages et pour celles utilisant les médicaments ou les problèmes de santé comme unités d'analyse, les valeurs calculées dans les tableaux A et B sous-estiment les marges d'erreur.

Les instructions suivantes permettent la construction d'un intervalle de confiance à 99 % pour une proportion.

1- Tirer d'un tableau présenté dans un chapitre, l'estimation de la proportion d'intérêt et la population estimée (Pe '000) qui lui est associée[1].
2- Aller à la ligne du tableau A ou B, selon le cas, qui correspond à la valeur la plus proche de la population estimée trouvée.
3- Sur cette ligne, se placer à la colonne dont l'en-tête se rapproche le plus de la proportion estimée dont il est question.
4- La valeur située à l'intersection de la ligne et de la colonne ainsi sélectionnée représente la marge d'erreur approximative associée à la proportion à l'étude. Au besoin, on peut aussi procéder par interpolation à l'intérieur du tableau.
5- Pour obtenir la borne inférieure de l'intervalle de confiance, il suffit maintenant de soustraire la marge d'erreur de l'estimation; la borne supérieure se calcule en additionnant cette marge à la proportion estimée.

Exemple 1 : Construction d'intervalles de confiance et test d'égalité de proportions

Selon les renseignements tirés du tableau 4.1, la proportion estimée de buveurs actuels chez les personnes de 15 à 24 ans appartenant à la population visée est de 87,2 %; ceci représente environ 848 000 Québécois de 15 à 24 ans. Par ailleurs, chez les personnes de la population âgées de 45 à 64 ans, on estime qu'il y en a environ 80,7 %. On estime donc que la population visée compte environ 1 380 000 buveurs actuels ayant 45 à 64 ans.

La marge d'erreur associée à la première proportion s'obtient en allant à la ligne du tableau B, la consommation d'alcool étant traitée au QAA, qui correspond à une valeur de Pe en milliers de 750 et à la dernière colonne du tableau, qui correspond à une valeur de proportion estimée de 90 %. On obtient ainsi la valeur 2,0 %. L'intervalle de confiance à 99 % pour la proportion de buveurs actuels chez les 15-24 ans est donc : [85,2 %; 89,2 %].

En procédant de la même façon pour l'autre proportion, on trouve l'intervalle suivant pour la proportion de buveurs actuels chez les 45-64 ans : [78,9 %; 82,5 %].

[1] Il se peut que cette information ne soit pas fournie. On pourra toutefois en obtenir une approximation en s'inspirant de l'exemple 2 qui suit.

Ainsi, sur la base de la comparaison de ces deux intervalles de confiance, on peut conclure qu'il y a, en proportion, significativement moins de buveurs actuels chez les Québécois vivant en ménage privé âgés de 45 à 64 ans que chez leurs vis-à-vis ayant 15 à 24 ans.

Les tests de comparaison de proportions basés sur la construction d'intervalles de confiance ne sont toutefois pas toujours concluants. En effet, il se peut que les deux intervalles calculés ici se chevauchent mais que les deux proportions étudiées aient quand même été déclarées significativement différentes dans un chapitre. Les tests d'égalité de proportions dont les résultats sont présentés dans le rapport sont plus puissants que ceux qui consistent à comparer deux intervalles de confiance. Ils utilisent un calcul de la précision associée à la différence des deux proportions d'intérêt.

Il se peut que la taille estimée de la population associée à une proportion pour laquelle on désire un intervalle de confiance ne soit pas fournie dans un tableau. Il est quand même possible d'en calculer une et de l'utiliser ensuite avec les instructions données précédemment.

Exemple 2 : Calcul d'une valeur de population estimée absente du rapport

Selon le tableau 3.3 concernant l'usage du tabac, l'*Enquête sociale et de santé 1998* révèle qu'il y a environ 46,6 % de fumeurs actuels (fumeurs occasionnels et fumeurs réguliers) parmi les personnes appartenant au premier quintile de scolarité relative.

Par ailleurs, selon le tableau 2.4 du chapitre sur les caractéristiques de la population, il y a environ 1 110 000 Québécois de 15 ans et plus dans la sous-population définie par le premier quintile de scolarité relative.

En effectuant une simple multiplication de ces deux informations (46,6 % × 1 110 000), on obtient que près de 517 260 personnes de la population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998*, appartenant au premier quintile de scolarité relative, sont des fumeurs actuels.

En suivant les instructions 1 à 4 données plus haut, l'intervalle de confiance à 99 % pour la proportion de fumeurs actuels chez les personnes qui se situent au premier quintile de scolarité relative est : [43,5 %; 49,7 %].

Tableau A
Marge d'erreur approximative en pourcentage (%) associée à une estimation de proportion au QRI en fonction de la population estimée (Pe '000), Enquête sociale et de santé 1998

	Proportion estimée %															
Pe '000	0,5	1	2	5	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90
15	0,3	0,6	1,1	2,7	5,3	7,5	9,6	11,4	11,8	13,3	14,6	16,6	16,0	20,6	21,2	20,3
20	0,2	0,5	0,9	2,3	4,5	6,4	7,3	9,8	10,2	11,5	12,6	14,4	15,5	17,5	16,0	16,9
30	0,2	0,4	0,8	1,8	3,1	5,1	5,9	7,2	8,3	9,4	10,3	11,8	12,6	12,8	14,2	13,1
40	...	0,3	0,6	1,4	2,7	4,4	5,1	6,2	7,2	8,1	8,9	10,2	10,9	11,1	12,1	10,9
50	...	0,3	0,6	1,3	2,4	3,6	4,6	5,6	6,4	7,3	8,0	9,1	9,8	9,9	10,6	9,5
60	...	0,2	0,5	1,1	2,2	3,2	4,2	5,1	5,9	6,6	7,3	8,3	8,9	9,0	9,6	8,5
70	...	0,2	0,5	1,1	2,1	3,0	3,9	4,7	5,4	6,1	6,7	7,7	8,2	8,3	8,8	7,7
80	...	...	0,4	1,0	1,9	2,8	3,6	4,4	5,1	5,7	6,3	7,2	7,7	7,8	7,3	7,2
90	...	...	0,4	0,9	1,8	2,6	3,4	4,1	4,8	5,4	5,9	6,8	7,3	7,3	6,9	6,7
100	...	...	0,4	0,9	1,7	2,5	3,2	3,9	4,6	5,1	5,6	6,4	6,9	7,0	6,5	6,3
150	...	...	...	0,7	1,4	2,0	2,6	3,2	3,7	4,2	4,6	5,2	5,6	5,7	5,3	4,9
200	...	...	...	0,6	1,2	1,8	2,3	2,8	3,2	3,6	4,0	4,5	4,9	4,9	4,6	4,2
300	...	...	...	0,5	1,0	1,4	1,9	2,3	2,6	3,0	3,2	3,7	4,0	4,0	3,8	3,0
400	...	...	...	...	0,9	1,3	1,6	2,0	2,3	2,6	2,8	3,2	3,4	3,5	3,2	2,6
500	...	...	...	...	0,8	1,1	1,5	1,8	2,0	2,3	2,5	2,9	3,1	3,1	2,9	2,3
750	...	...	...	...	...	0,9	1,2	1,4	1,7	1,9	2,1	2,3	2,5	2,5	2,4	1,9
1 000	...	...	...	...	...	0,8	1,0	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,2	2,2	2,1	1,6
1 500	...	...	...	...	...	...	...	1,0	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8	1,8	1,7	1,3
2 000	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5	1,2
3 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	1,3	1,3	1,2	0,9
4 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,1	1,1	1,0	0,8
5 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	0,9	0,7

Tableau B
Marge d'erreur approximative en pourcentage (%) associée à une estimation de proportion au QAA en fonction de la population estimée (Pe '000), Enquête sociale et de santé 1998

	Proportion estimée %															
Pe '000	0,5	1	2	5	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90
10	0,4	0,8	1,5	3,8	7,2	10,2	13,0	15,3	17,4	18,9	20,1	21,8	24,7	27,5	29,0	28,7
15	0,3	0,6	1,2	2,9	5,7	8,1	10,3	12,2	12,6	15,3	15,5	17,9	20,1	22,0	23,0	22,0
20	0,3	0,5	1,0	2,5	4,8	6,9	8,8	10,4	10,9	12,2	13,5	15,4	16,6	18,8	19,2	18,3
30	...	0,4	0,8	2,0	3,8	5,5	6,3	7,6	8,9	10,0	10,9	12,5	13,5	15,1	15,2	14,2
40	...	0,3	0,7	1,5	2,9	4,7	5,5	6,6	7,7	8,6	9,5	10,8	11,6	11,7	13,0	11,8
50	...	0,3	0,6	1,3	2,6	4,1	4,9	5,9	6,9	7,7	8,5	9,7	10,4	10,5	11,4	10,3
60	...	...	0,5	1,2	2,4	3,4	4,5	5,4	6,3	7,0	7,7	8,8	9,5	9,6	10,3	9,2
70	...	...	0,5	1,1	2,2	3,2	4,1	5,0	5,8	6,5	7,2	8,2	8,8	8,9	9,4	8,3
80	...	...	0,5	1,1	2,0	3,0	3,9	4,7	5,4	6,1	6,7	7,6	8,2	8,3	8,8	7,7
90	...	...	0,4	1,0	1,9	2,8	3,6	4,4	5,1	5,7	6,3	7,2	7,7	7,8	7,3	7,2
100	...	...	0,4	0,9	1,8	2,7	3,5	4,2	4,8	5,5	6,0	6,8	7,3	7,4	6,9	6,7
150	...	...	...	0,8	1,5	2,2	2,8	3,4	4,0	4,4	4,9	5,6	6,0	6,0	5,6	5,3
200	...	...	...	0,7	1,3	1,9	2,4	3,0	3,4	3,9	4,2	4,8	5,2	5,2	4,9	4,5
300	...	...	...	...	1,1	1,5	2,0	2,4	2,8	3,1	3,5	3,9	4,2	4,3	4,0	3,6
400	...	...	...	...	0,9	1,3	1,7	2,1	2,4	2,7	3,0	3,4	3,7	3,7	3,5	2,7
500	...	...	...	...	0,8	1,2	1,5	1,9	2,2	2,4	2,7	3,1	3,3	3,3	3,1	2,5
750	...	...	...	...	...	1,0	1,3	1,5	1,8	2,0	2,2	2,5	2,7	2,7	2,5	2,0
1 000	...	...	...	...	...	...	1,1	1,3	1,5	1,7	1,9	2,2	2,3	2,3	2,2	1,7
1 500	...	...	...	...	...	...	...	...	1,3	1,4	1,5	1,8	1,9	1,9	1,8	1,4
2 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	1,3	1,5	1,6	1,7	1,5	1,2
3 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,3	1,4	1,3	1,0
4 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	1,1	0,9

Liste des plus récentes publications de l'Institut de la statistique du Québec

LISTE DES PLUS RÉCENTES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

Collection les conditions de vie

- Données sociodémographiques en bref, 3 parutions par année
  - Distribution gratuite

Collection la culture

- Dépenses, recettes autonomes et emplois de l'Administration publique québécoise au titre de la culture, 1994-1999
  - Parution : avril 2000 • Prix : 9,95 $ + TPS + TVQ
- Statistiques sur l'industrie du film, édition 2000
  - Parution : août 2000 • Prix : 18,95 $ + TPS
- Statistiques sur l'industrie du film, édition 2000 (Annexe statistique)
  - Parution : août 2000 • Prix : 18,95 $ + TPS + TVQ

Collection la démographie

- Cédérom « Perspectives démographiques du Québec 1996-2041 : Régions administratives, régions métropolitaines et municipalités régionales de comté, édition 2000 »
  - Parution : juillet 2000 • Prix : 150 $ + TPS + TVQ
- La situation démographique au Québec, édition 2000
  - Parution : octobre 2000 • Prix : 31,95 $ + TPS

Collection les documents de référence

- Cédérom « Les publications 1999 »
  - Parution : février 2000 • Prix : 49,95 $ + TPS + TVQ
- Le Québec chiffres en main, édition 1999
- Québec Handy Numbers, 1999 edition
- Quebec cifras en mano, edición de 1999
  - Prix : 1,00 $/l'unité (TPS incluse)
  - Lot de 50 : 40 $ + TPS • Lot de 200 : 150 $ + TPS
  - Lot de 100 : 70 $ + TPS • Lot de 500 : 300 $ + TPS
- Modifications aux municipalités du Québec, bulletin mensuel
  - Distribution gratuite

Collection l'économie

- Cédérom « Commerce international du Québec - Échanges de marchandises 1981-1998 »
  - Parution : août 1999 • Prix : 100 $ + TPS + TVQ
- Commerce extérieur du Québec 1981-1998 — Étude spéciale : Les effets de l'ALE et l'ALENA sur les économies canadienne, québécoise et américaine
  - Parution : janvier 2000 • Prix : 18,95 $ + TPS
- Commerce international de marchandises au Québec, bulletin trimestriel
  - Distribution gratuite
- Comptes économiques des revenus et des dépenses du Québec, édition 1999
  - Parution : décembre 1999 • Prix : 21,95 $ + TPS
- Comptes économiques du Québec, publication trimestrielle
  - Prix : 65,50 $/4 nos + TPS + TVQ 20,50 $/l'unité + TPS + TVQ
- Industries manufacturières du Québec, 1994-1999
  - Parution : février 2000 • Prix : 14,95 $ + TPS
- Institutions de dépôt, publication trimestrielle
  - Prix : 65 $/4 nos + TPS + TVQ + 1 annuelle
    20 $/l'unité + TPS + TVQ
- Investissements privés et publics, Québec et ses régions, perspectives révisées 1999
  - Parution : janvier 2000 • Prix : 29,95 $ + TPS
- L'activité des institutions de dépôt au Québec, 1995-1999
  - Parution : septembre 2000 • Prix : 20 $ + TPS
- L'Écostat, revue trimestrielle
  - Prix : 125 $/4 nos + TPS + TVQ 35 $/l'unité + TPS + TVQ
- Les PME au Québec : état de la situation, édition 1999
  - Parution : mars 2000 • Prix : 18,95 $ + TPS
- Produit intérieur brut par industrie au Québec, publication mensuelle
  - Prix : 110 $/12 nos + TPS + TVQ (format papier et disquette)
    75 $/12 nos + TPS + TVQ (format papier ou disquette)
    6,25 $/l'unité + TPS + TVQ (format papier)
- Profil du secteur manufacturier au Québec, édition 2000
  - Parution : octobre 2000 • Prix : 34,95 $ + TPS
- Profil sectoriel de l'industrie bioalimentaire au Québec, édition 1999
  - Parution : décembre 1999 • Prix : 12,95 $ + TPS
- Revenu personnel selon les régions administratives, les régions métropolitaines et les MRC, édition 2000
  - Parution : mars 2000 • Prix : 10,95 $ + TPS
- Savoir@stat – Bulletin sur l'économie du savoir, bulletin trimestriel
  - Distribution gratuite
- Stat-Express, bulletin hebdomadaire des indicateurs économiques conjoncturels
  - Distribution gratuite et distribution par courrier électronique
- Statistiques des PME manufacturières au Québec, édition 1999
  - Parution : décembre 1999 • Prix : 29,95 $ + TPS
- Statistiques sur les produits utilisés par les manufacturiers québécois, 1997 (cahier statistique)
  - Parution : avril 2000 • Prix : 45 $ + TPS + TVQ

Collection les régions

- **Série « Recensement de la population »**

  Cette série porte sur cinq thèmes et comprend un total de 90 cahiers, soit 5 cahiers pour chacune des régions administratives, 5 cahiers sur l'ensemble du Québec et 5 cahiers sur les régions métropolitaines de recensement (RMR) :

  Thème 1 : Population et logements
  - Parution : mai 1998

  Thème 2 : Âge, sexe, état matrimonial et familles
  - Parution : juillet 1999

  Thème 3 : Immigration, langue et origine ethnique
  - Parution : décembre 1999

  Thème 4 : Travail, scolarité et mobilité
  - Parution : mai 2000

  Thème 5 : Revenu des familles et des ménages
  Caractéristiques des ménages et des logements
  - Parution : juin 2000

  - Disponible gratuitement sur le site WEB de l'ISQ.

Collection la santé et le bien-être

- Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998
  - Parution : octobre 1999 • Prix : 21,95 $ + TPS
- Enquête sociale et de santé 1998
  - Parution : novembre 2000 • Prix : 69,95 $ + TPS
- Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)
  Volume 1 – Les nourrissons de 5 mois
  - n° 1 Enquête : description et méthodologie
  - n° 2 Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier
  - n° 3 Conditions de vie, santé et développement (parution prévue en septembre 2001)
  - n° 4 Le sommeil
  - n° 5 L'alimentation du nourrisson
  - n° 6 Habitudes reliées à la santé buccodentaire
  - n° 7 Le tempérament
  - n° 8 Développement moteur, social et cognitif (parution prévue en septembre 2001)
  - n° 9 Santé et adaptation sociale des parents
  - n° 10 Conduites parentales et relations familiales
  - n° 11 Vie conjugale des parents
  - n° 12 Aspects conceptuels et opérationnels (parution prévue en septembre 2001)
  - n° 13 À venir (parution prévue en septembre 2001)
  - Parution : juin 2000 • Prix : 7,95 $ / fascicule + TPS
    75,95 $ / 13 n° + TPS
    (incluant une reliure à anneaux)
  - Version anglaise également disponible pour chaque numéro.
- La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999
  - Parution : juin 2000 • Prix : 21,95 $ + TPS

Collection le travail et la rémunération

- Flash-info, bulletin trimestriel
  - Distribution gratuite
- La rémunération variable : fréquences et caractéristiques selon les secteurs – Enquête 1999
  - Parution : mai 2000 • Prix : 14,95 $ + TPS
- Le secteur de l'exploitation forestière : évolution des conditions de travail au Québec de 1983 à 1999
  - Parution : septembre 2000 • Prix : 10,95 $ + TPS
- Rémunération des salariés : état et évolution comparés, 1999
  - Parution : novembre 1999 • Prix : 35 $ + TPS
- Brochure sur les faits saillants du rapport « Rémunération des salariés : état et évolution comparés, 1999 »
  - Parution : novembre 1999 • Distribution gratuite

Les publications qui ont été publiées au cours des années antérieures sont toujours offertes à l'Institut ou aux Publications du Québec.